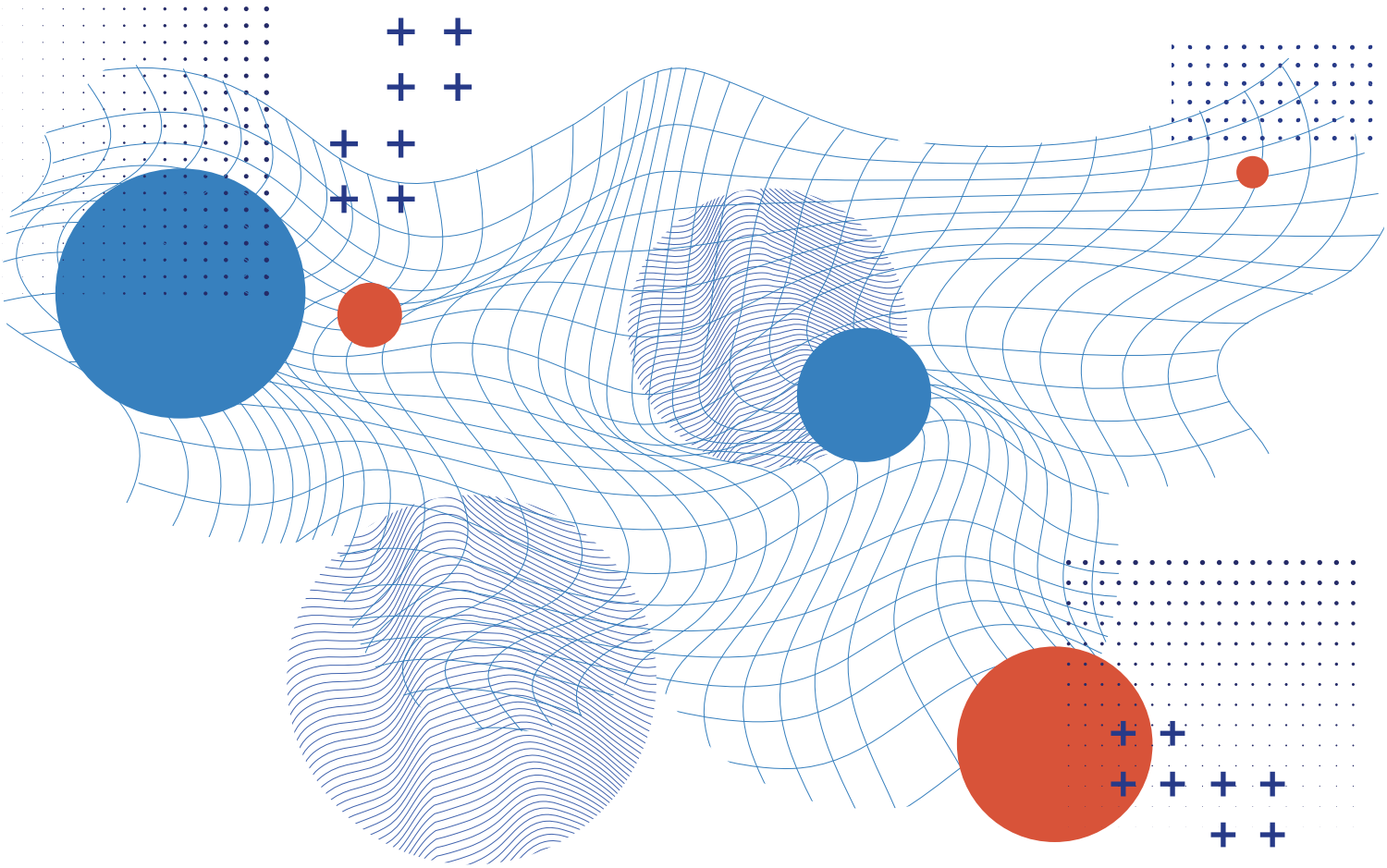
PCFM
Vol. 6 No. 3 Jul - Sep 2023

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
Journal of Primary Care and Family Medicine



ISSN : 2651-0553

สารบัญ

PCFM 2566;6(3): ก.ค.-ก.ย.

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี 189
  ชนากานต์ สโมสร
- เทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง 201
  ฐนิตา สมตน
- อัตราการจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี 210
  หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์, นัชชา เรืองเกียรติกุล
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงราย ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) 218
  กนกฉัตร กาญจนนิตย์
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟนกับโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา 228
  ธนพงษ์ สื่อสัตรัตน์
- เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์กับการใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในกลุ่มผู้ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย 240
  สุพรรษา ศักดิ์ระพี, อริศรา ศิริวิริยะกุล
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดในผู้ป่วยโควิดที่ได้รับการดูแลแบบกักตัวที่บ้าน 251
  พชร พุ่มจันทร์, ญาณิศา ศุภศิริสันต์
- การรับรู้ของญาติผู้ป่วยต่อกระบวนการประชุมครอบครัวที่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง 259
  ญาณิศา ศุภศิริสันต์, ธนกร จงเจษฎ์, บาศมน มโนมัยพิบูลย์

Content

PCFM 2023;6(3): Jul-Sep

ORIGINAL ARTICLES

- Factors Associated with E-Health Literacy in OPD Patients in the Department of Social Medicine at Chonburi Hospital 189
  Chanakan Samosorn
- Effectiveness of Self-Awareness Technique Program Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care Units 201
  Thanita Somton
- Prescribing Rate of Benzodiazepines and Factors Associated with the Decision of General Practitioners to Prescribe Benzodiazepine in Elderly Patients, Rajavithi Hospital 210
  Hathaichanok Rattanapongsate, Natcha Ruangkiatkul
- Prevalence and Associated Factors of Mental Health Problems on Healthcare Workers at Wiang Pa Pao Hospital in Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak 218
  Kanokchat Kanchananit
- The Relationship Between Smartphone Addiction and ADHD among School Age Children in a Nakhon Ratchasima Municipality Area School 228
  Tanapong Suesattarat
- Comparison of Effectiveness Between Favipiravir and *Andrographis paniculata* Extract Treating Asymptomatic or Mild Symptoms of COVID-19 Patients 240
  Supansa Sakraphi, Arissara Siriwiriyakul
- Prevalence and Related Factors of Stress Symptoms Among COVID-19 Patients in Home Isolation Program 251
  Pachara Pumjun, Yanisa Supasirisun
- Perception of Family Members After Family Meetings in Palliative Care Provided by Family Physicians 259
  Yanisa Supasirisun, Thanakorn jongjaid, Basmon Manomaipiboon

The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ. สายรัตน์ นกน้อย

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ. ดร. นพ. ชัยสิริ อังกุระวรานนท์

นพ. สตางค์ ศุภผล

รองบรรณาธิการ (Editors)

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

นพ. ปกรณ์ ทองวิไล

ผศ. พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ผศ. นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ

พญ. สุกัญญา หังสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

ผศ. นพ. นนท์ โสวัณณะ

พญ. ศิรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

รศ. พญ. ปัทมา โกมุทบุตร

รศ. พญ. สรญา แก้วพิทูลย์

ดร. พญ. จิรฐา บุตรแก้ว

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. ธีรภัทร์ ฉันทพันธุ์

ดร. สุรศักดิ์ อธิคมานนท์

น.ส. ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

รศ. ดร. พญ. ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

รศ. นพ. กรภัทร มยุระสาคร

พญ. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

ผศ. นพ. กิตติพล นาควิโรจน์

ดร. นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ผศ. ดร. พญ. ศิรินาถ ตงศิริ

รศ. นพ. อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์

ภก. จตุพร ทองอิ่ม

ผศ. ดร. ภัทระ แสนไชยสุริยา

คุณสุรีรัตน์ ธนากิจ

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 189-200.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

ชนากานต์ สโมสร, พบ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ชนากานต์ สโมสร, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี
20000, ประเทศไทย
Email: chanakansms@gmail-com

Received: December 8, 2021;
Revised: February 7, 2022;
Accepted: January 31, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: อินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทสำคัญในโลกยุคปัจจุบันและมีแนวโน้มว่าจะมีบทบาทเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต ดังนั้นการมีความรู้และทักษะในการใช้สารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจึงถือเป็นสิ่งที่สำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์: ศึกษาระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาถึงระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 450 คน ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูล ดัดแปลงมาจาก Health Information National Trends Survey Cycle 3 เป็นการวัดผลเชิงคุณภาพ แบบประเมินความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอ้างอิงมาจากกรมอนามัย ซึ่งแปลมาจาก e-health literacy scale ของ CD Norman, HA Skinner Cronbach's alpha coefficient = 0.9 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสถิติด้วยสมการถดถอยแบบพหุ (multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 61.1 ได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ($p < 0.05$), ระดับการศึกษาที่เรียน ($p < 0.01$), อาชีพ ($p < 0.01$), จำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี ($p < 0.01$)

สรุป: ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีปัจจัยทำนายหลายประการ การทราบว่าปัจจัยใดมีผลในการทำนายจะนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดเพื่อส่งเสริมความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัย ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 189-200.

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with E-Health Literacy in OPD Patients in the Department of Social Medicine at Chonburi Hospital

Chanakan Samosorn, MD.

Department of Social Medicine, Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand

Corresponding author :
Chanakan Samosorn, MD., Department of Social Medicine, Chonburi Hospital, Chonburi 20000, Thailand
Email: chanakansms@gmailcom

Received: December 8, 2021;
Revised: February 7, 2022;
Accepted: January 31, 2023

ABSTRACT

Background: Nowadays, the internet use plays an important role in the Thai population. It trends to increase in the future. Thus, e-health literacy is an important thing for managing health problems appropriately.

Objectives: To study the e-health literacy scale and factors associated with e-health literacy in OPD patients.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using a questionnaire among OPD patients, in a total of 450 samples. The study was conducted from September to November 2021 in the Department of Social Medicine at Chonburi Hospital. The questionnaire contains demographic data of patients, internet usage behavior adapted from Health Information National Trends Survey Cycle 3 (qualitative measure), e-health literacy questionnaire from Public Health Department translated from the e-health literacy scale created by CD Norman, HA Skinner (Cronbach's alpha coefficient = 0.9). Factors associated with e-health literacy in OPD patients were analyzed using multiple regression.

Results: The results revealed that most participants (61.1%) had a high e-health literacy scale (26-40). The factors associated with e-health literacy in OPD patients ($p < 0.05$) were age ($p < 0.05$), education level ($p < 0.01$), occupation ($p < 0.01$), and number of electronic devices ($p < 0.01$).

Conclusions: From this study, the e-Health Literacy Scale depended on multiple factors; therefore, Knowledge about predicting factors is an important thing for promoting e-health literacy in the future.

Keywords: factor, e-health literacy, Outpatient Department

บทนำ

เนื่องจากความก้าวหน้าในเทคโนโลยีในยุคปัจจุบันทำให้อินเทอร์เน็ตกลายเป็นแหล่งค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สำคัญและมีการจัดทำให้เป็นแหล่งสารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มีบทบาทสำคัญช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ง่ายขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ข้อมูลทางสุขภาพที่แพร่หลายทางอินเทอร์เน็ต มีข้อได้เปรียบคือทำให้ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและคนใกล้ชิดได้ แต่ในขณะเดียวกัน หากข้อมูลทางสุขภาพนั้นเป็นข้อมูลที่เกิดจากความเข้าใจผิดทำให้ส่งผลเสียต่อผู้รับข้อมูลอาจนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ดังนั้นความสามารถในการแยกแยะข้อมูลทางสารสนเทศและนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันแค่ส่วนที่มีประโยชน์จึงมีความสำคัญ สถิติทั่วโลกปี พ.ศ. 2563 พบว่า จำนวนประชากรทั้งโลกอยู่ที่ 7,750 ล้านคน สถิติการใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกมีคนใช้อินเทอร์เน็ต 4,540 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 59 ของจำนวนประชากรทั้งหมด[1] จากข้อมูลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561 อ้างอิงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.9 (จำนวน 21.8 ล้านคน) เป็นร้อยละ 56.8 (จำนวน 36 ล้านคน)[2]

การมีทักษะในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านการใช้สารสนเทศมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการสุขภาพ[3] นอกเหนือจากการเข้าถึงข้อมูล ทักษะในการค้นหาข้อมูล เข้าใจ ประเมินข้อมูลสุขภาพแล้ว ทักษะการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพถือเป็นสิ่งจำเป็นเช่นเดียวกัน ทักษะดังกล่าวเรียกว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ[3,4] ซึ่งถือว่าเป็นทักษะที่สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชน ช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ รวมทั้งยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ดีขึ้น รู้จักการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพได้ดี[5] ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการป้องกันโรค ลดค่าใช้จ่ายในการเข้าโรงพยาบาล และลดโอกาสของการเจ็บป่วย ลดโอกาสมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

ดังนั้น การมีความรู้และทักษะในการใช้สารสนเทศจึงถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีบทบาทในยุคปัจจุบันในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพถือเป็นตัวเลือกหนึ่ง และเป็นรูปแบบพฤติกรรมใหม่ที่เกิดในกลุ่มประชากร เพราะเป็นการเรียนรู้เครื่องมือแบบใหม่ในการค้นหาข้อมูล และเรียนรู้วิธีการหาข้อมูลแบบใหม่ เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีประสิทธิภาพที่หลากหลายมากขึ้น[5]

การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงระดับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยสาเหตุที่เลือกศึกษาประชากรในกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้มารับบริการมีความหลากหลายในหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ปัญหาสุขภาพ อาชีพ รายได้และปัจจัยด้านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์[6-9] ได้แก่ การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตมีความแตกต่างกันเมื่อเทียบกับการศึกษาในกลุ่มผู้มารับบริการกลุ่มอื่น ๆ และเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพในอินเทอร์เน็ตในการดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

กรอบแนวความคิด

กรอบแนวคิดคือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ดังแผนภูมิที่ 1

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาถึงระดับความรอบรู้ต่อสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและหาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ขอบเขตประชากร

จากข้อมูลสถิติ ประชากรที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 27,346 คน หรือเฉลี่ย 112 คนต่อวัน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane (10) n = N/(1+Ne2) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5 การแทนค่าในสูตร N คือ จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี, e = 0.05), n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ, N แทนขนาดประชากร, e แทนระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ จะได้กลุ่มตัวอย่าง 394 คน คำนวณ sample size เก็บตัวอย่างเพิ่มเติมเผื่อในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเก็บแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง 450 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ใช้เวลาเก็บประมาณ 3 เดือน ได้ตัวอย่างเฉลี่ยวันละ 4-6 คน ต้องการตัวอย่าง 450 คนจะใช้เวลา 100 วัน คิด N โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจาก 112 คนต่อวัน ระยะเวลา 3 เดือน ได้ N = 10,080 จากสูตร interval = N/n จะได้ค่า K = 25

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่ช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (eclusion criteria)

- ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย
- ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง หรือไม่สามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในการช่วยอ่านให้ฟังได้

เครื่องมือวิจัย

การศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปในเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูล จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจาก Health Information National Trends Survey Cycle 311 ลักษณะคำถามเป็นชนิดให้เลือกตอบ เป็นการวัดผลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (e-Health Literacy Questionnaire) อ้างอิงมาจากกรมอนามัย (12) ซึ่งแปลมาจาก e-health literacy scale มีจำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดให้เลือกตอบ ประมาณค่า (rating scale) 5 ลำดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ลังเล เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็น 2 ระดับ[13-15] ดังนี้ 0-25 คะแนน แสดงถึงการได้คะแนนระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับต่ำ 26-40 คะแนน แสดงถึงการได้คะแนนระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและการวัดความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล อ้างอิงจากแบบสอบถามที่ได้รับการแปลของกรมอนามัย[12] กระทรวงสาธารณสุขซึ่งแปลมาจาก eHEALS: The e-Health literacy scale พัฒนาโดย Norman CD และ Skinner HA และแบบสอบถามบางส่วนจาก Health information National Trends Survey Cycle 311

การวัดความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

Validity: factor loadings (น้ำหนักองค์ประกอบ) เป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและองค์ประกอบ ควรมีค่ามากกว่า 0.3 ในแบบสอบถามนี้ factor loadings มีค่าตั้งแต่ 0.6-0.8

Reliability: Item-scale correlation ระหว่าง items มีค่าตั้งแต่ 0.5-0.8 โดยเกณฑ์ข้อคำถามที่เหมาะสมควรมีค่า (0.2-0.8)

Cronbach alpha 0.9 ซึ่งจัดว่ามีความเที่ยงในระดับสูง (สูงกว่า 0.8)

Test-retest reliability ประเมินโดยใช้ Pearson product moment correlation ใช้ standard regression model และ ใช้ intra-class correlation coefficient โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0.5 ถึง 0.7 ค่าที่เป็นไปได้มีค่าได้ตั้งแต่ -1 ถึง 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แพทย์ผู้ทำวิจัย (ไม่มีความเกี่ยวข้องในด้านการรักษา) จะอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย แจกเอกสารข้อมูลงานวิจัย แบบขอความยินยอมและแบบสอบถามสำหรับงานวิจัย ให้อาสาสมัครพิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยอาสาสมัครมีสิทธิตัดสินใจที่จะให้ข้อมูลตามความสมัครใจ โดยมีการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทำแบบสอบถามของงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดการตอบแบบสอบถาม กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นคนสัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านพิจารณาความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์ส่งเสริมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี รหัสโครงการ 51/64/R/q

การประมวลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) version 22.0 แบ่งเป็น

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี เช่น เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต เป็นต้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การหาความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายประชากรเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล
2. ข้อมูลการประเมินความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายผลการวิจัยโดยใช้ mean±SD
3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์โดยการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.0

ผลการวิจัย

จากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 450 คน พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ จำนวน 175 คน มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (e-health literacy scale < 26) คิดเป็นร้อยละ 38.89 และจำนวน 275 คน มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง (e-health literacy scale 26-40) คิดเป็นร้อยละ 61.1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 64.4 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยต่อเดือนร้อยละ 70.7 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ร้อยละ 61.8 ที่มีโรคประจำตัว ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทองมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 62.9 มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 1 ชนิด ส่วนใหญ่เป็นโทรศัพท์มือถือ ตามตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 66.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพเลย โดยใน 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเยี่ยมชมเว็บไซต์เครือข่ายสังคม เช่น Facebook ร้อยละ 40.4 เคยแบ่งปันหรือส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ จุดประสงค์ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือค้นหาข้อมูลสุขภาพให้ตนเอง ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยนอกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย (n=450)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	160 (35.6)
หญิง	290 (64.4)
อายุ (ปี)	
20-30 ปี	60 (13.3)
31-40 ปี	82 (18.2)
41-50 ปี	81 (18.0)
51-60 ปี	89 (19.8)
> 60 ปี	138 (30.7)
สถานภาพสมรส	
โสด	121 (26.9)
คู่	240 (53.3)
หม้าย	54 (12.0)
หย่า	13 (2.9)
แยกกันอยู่	20 (4.4)
อื่น ๆ	2 (4.0)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยนอกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย (n=450) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้รับการศึกษา	17 (3.8)
ประถมศึกษา	174 (38.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	64 (14.2)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	88 (19.6)
ปวส./อนุปริญญา	35 (7.8)
ปริญญาตรีขึ้นไป	72 (16.0)
อาชีพ	
นักเรียน/นักศึกษา	9 (2.0)
พนักงานบริษัท	63 (14.0)
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	118 (26.2)
รับราชการ	28 (6.2)
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9 (2.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86 (19.1)
อื่น ๆ เช่น รับจ้างทั่วไป	137 (30.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
≤ 15,000	318 (70.7)
15,000-20,000	71 (15.8)
20,001-25,000	27 (6.0)
25,001-30,000	16 (3.6)
30,001-35,000	5 (1.1)
≥ 35,001	13 (2.9)
การมีโรคประจำตัว	
ไม่มี	172 (38.2)
มี	278 (61.8)
สิทธิและสวัสดิการรักษาพยาบาล	263 (58.4)
บัตรทอง	135 (30.0)
ประกันสังคม	30 (6.7)
ข้าราชการ	2 (0.4)
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8 (1.8)
ประกันเอกชน	12 (2.7)
อื่น ๆ	
ชนิดของการมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	
ไม่มี	57 (12.7)
1	283 (62.9)
2	71 (15.8)
3	36 (8.0)
4	3 (0.7)

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
อุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
แท็บเล็ต (tablet)	57 (9.6)
โทรศัพท์มือถือ	394 (66.4)
คอมพิวเตอร์	88 (14.8)
ไม่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เลย	54 (9.1)
ความถี่ในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ	
ใช้ทุกวัน	87 (19.3)
เกือบทุกวัน	43 (9.6)
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	71 (15.8)
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	59 (13.1)
ไม่ได้ใช้เลย	190 (42.2)
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาคุณใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
เพื่อเยี่ยมชมเว็บไซต์เครือข่ายสังคม เช่น facebook	190 (28.7)
แบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพบนเว็บไซต์เครือข่ายสังคม เช่น facebook, twitter	85 (12.9)
เข้าร่วม Forum online หรือกลุ่มสุขภาพออนไลน์ที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน	57 (8.6)
ดูวิดีโอสุขภาพในเว็บ youtube	134 (20.3)
อื่น ๆ	195 (29.5)
เคยแบ่งปันหรือส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือไม่	
เคย	182 (40.4)
ไม่เคย	138 (30.7)
ไม่ได้ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	130 (28.9)
จุดประสงค์ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	
ค้นหาผู้ให้บริการทางสุขภาพ	93 (14.7)
ค้นหาข้อมูลสุขภาพให้ตนเอง	194 (30.6)
แบ่งปันข้อมูลสุขภาพให้คนในครอบครัว	145 (22.9)
แบ่งปันข้อมูลสุขภาพให้เพื่อน	43 (6.8)
อื่น ๆ	159 (25.1)

คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 61.1 ได้คะแนนความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง (26-40 คะแนน) โดยผู้ทำคะแนนต่ำสุดได้ 8 คะแนน คะแนนสูงสุดได้ 40 คะแนน คะแนนเฉลี่ยได้ 26.7 คะแนน ตามตารางที่ 3 วิเคราะห์แยกเป็นรายข้อของ e-Health Literacy Questionnaire รายละเอียดตามตารางที่ 4

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี และได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.1 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาและได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.3 ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16 ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 1 ชนิดและได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 25.3 ตามตารางที่ 5

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอย (multiple regression analysis) ที่ $p < 0.05$ โดยตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร พบว่าทดสอบ Goodness of fit $p < 0.001$, Chi-square = 137.8 แสดงว่าสมการมีความเหมาะสมกับข้อมูลดี ตามตารางที่ 4 R Square = 0.594 แสดงว่า สมการถดถอยนี้สามารถอธิบายปัจจัยทำนายได้ร้อยละ 59.4 พบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ อาชีพ ชนิดการมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

ตารางที่ 3. คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการประมวลผล

	Low eHealth จำนวนคน (ร้อยละ)	High eHealth จำนวนคน (ร้อยละ)	Mean	Min	Max	SD
E-health literacy	175 (38.9)	275 (61.1)	26.7	8.0	40.0	8.0

ตารางที่ 4. คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการประมวลผล

คำตอบ / คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวนคน (ร้อยละ)	ลังเล จำนวนคน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวนคน (ร้อยละ)	เห็นด้วยอย่างยิ่งจำนวนคน (ร้อยละ)
1. คุณรู้ว่ามีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้ได้บนอินเทอร์เน็ต	180 (40.0)	9 (2.0)	33 (7.3)	173 (38.4)	55 (12.2)
2. คุณรู้ว่าจะหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตได้ที่ไหน	149 (33.1)	14 (3.1)	29 (6.4)	193 (42.9)	65 (14.4)
3. คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	131 (29.1)	13 (2.9)	33 (7.3)	190 (42.2)	83 (18.4)
4. คุณรู้วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ	127 (28.2)	16 (3.6)	31 (6.9)	183 (40.7)	93 (20.7)
5. คุณรู้วิธีใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่พบบนอินเทอร์เน็ตในการดูแลสุขภาพของตนเอง	21 (4.7)	22 (4.9)	58 (12.9)	256 (56.9)	93 (20.7)
6. คุณมีทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต	30 (6.7)	21 (4.7)	119 (26.4)	215 (47.8)	65 (14.4)
7. คุณสามารถระบุแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีสุขภาพสูงไปจนถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพต่ำบนอินเทอร์เน็ตได้	51 (11.3)	29 (6.4)	115 (25.6)	210 (46.7)	45 (10.0)
8. คุณรู้สึกมั่นใจในการใช้ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ	18 (4.0)	22 (4.9)	115 (25.6)	231 (51.3)	64 (14.2)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ได้คะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง (mean = 26.7, SD = 8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[16-18]

2. ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทำนายได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ อาชีพ ชนิดการมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ พิจารณาจากทฤษฎีของ Norman และ Skinner ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ e-health literacy ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ สภาวะสุขภาพในขณะนั้น ระดับการศึกษา แรงจูงใจในการหาข้อมูล และเทคโนโลยีที่ใช้[15]

จากการศึกษานี้ พบว่า ในกลุ่มที่อายุ 31-40 ปี มีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสูงสุด เนื่องจากในกลุ่มอายุ 31-40 ปี มีการเข้าถึงและค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้อินเทอร์เน็ตที่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ในกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป จะมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์

ตารางที่ 5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n=450) โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการประมวลผล

	Low ehealth (คน)	High ehealth (คน)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
			B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-	-	20.103	0.704	-	28.571	< 0.001
อายุ							
20-30 ปี (Ref)	8	52	-	-	-	-	-
31-40 ปี	10	72	0.860	0.274	0.045	3.139	0.002
41-50 ปี	20	61	-0.717	0.291	-0.037	-2.464	0.014
51-60 ปี	33	56	-0.807	0.313	-0.042	-2.580	0.010
มากกว่า 60 ปี	104	34	-3.435	0.335	-0.180	-10.242	< 0.001
ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียน							
ไม่ได้รับการศึกษา (Ref)	15	2	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	114	60	4.119	0.453	0.255	9.099	< 0.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	38	5.113	0.486	0.247	10.531	< 0.001
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11	77	5.936	0.492	0.319	12.063	< 0.001
ปวส./อนุปริญญา	5	30	4.410	0.537	0.162	8.217	< 0.001
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	68	5.593	0.541	0.269	10.330	< 0.001
อาชีพ							
นักเรียน/นักศึกษา (Ref)	1	8	-	-	-	-	-
พนักงานบริษัท	7	56	5.625	0.539	0.274	10.432	< 0.001
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	46	72	4.183	0.526	0.243	7.955	< 0.001
รับราชการ	3	25	3.193	0.634	0.104	5.038	< 0.001
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	8	5.308	0.666	0.117	7.969	< 0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47	39	5.693	0.543	0.266	10.489	< 0.001
อื่น ๆ	70	67	5.263	0.516	0.312	10.202	< 0.001
ชนิดการมีอุปกรณ์เล็กทรอนิกส์							
ไม่มี (Ref)	53	4	-	-	-	-	-
มี 1 ชนิด	114	169	2.427	0.279	0.152	8.692	< 0.001
มี 2 ชนิด	4	67	3.340	0.363	0.160	9.199	< 0.001
มี 3 ชนิด	4	32	2.457	0.414	0.093	5.933	< 0.001
มี 4 ชนิดขึ้นไป	0	3	6.744	0.891	0.082	7.565	< 0.001

Ref, reference; R, 0.771; R Square, 0.594; adjusted R2, 0.587; SE, 4.923

ตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่ไม่ได้แสดงในตาราง (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ต

ด้านสุขภาพต่ำลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น[19] สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าอายุมีผลทำนายความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เช่น ในการศึกษาการใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุของเนติยา แจ่มพิม และสินีพร ยืนยง[20] กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อออนไลน์ค่อนข้างน้อยและมีระดับความรอบรู้สารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับต่ำ การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติและการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนของประชากรไทยของพรพรรณ

ประจักษ์เนตร[21] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้สารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) และการศึกษาของ Sofia Xesfingi Athanassios Vozikis[22] พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่ำลง (p = 0.001)

จากการศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ยิ่งได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ยิ่งมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[2,18,21-24] ซึ่งพบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น สามารถวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ค้นหา ตลอดจนสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้จากการค้นหามาใช้ในการดูแลตนเองได้มากกว่า

กลุ่มอาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยในผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ใช่นักเรียน/นักศึกษามีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมากกว่านักเรียน/นักศึกษาและมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละอาชีพสอดคล้องกับในหลายการศึกษา[18,21] อาจเนื่องมาจากในอาชีพอื่นมีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่า ทำให้มีระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมากกว่า[18,25]

จากการศึกษานี้พบว่า การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สัมพันธ์ในทางบวกกับระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสอดคล้องกับในหลายการศึกษา เนื่องจากในกลุ่มผู้มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ย่อมมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลต่างๆจากสื่อออนไลน์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ทำให้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลในอินเทอร์เน็ตไปใช้ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์[18,22]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ แบ่งผลการศึกษาเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 20-30 ปี 31-40 ปี และ ตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป สรุปผลได้ดังนี้ คือ ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี จะมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจะมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ สาเหตุเนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 31-40 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพมากที่สุด ส่วนในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปจะมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่ำลงตามอายุ วิธีแก้ไขคือ การช่วยสนับสนุนให้มีการเข้าถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นในผู้ป่วยอายุมาก มีการส่งเสริมการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการหาข้อมูลเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งการสอนการค้นหาข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดได้

2. ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการศึกษาที่ดี ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ประชาชนสามารถใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถประเมินข้อมูลที่ค้นหาได้ แยกแยะส่วนที่มีประโยชน์เพื่อนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดได้อย่างเหมาะสม

3. จากการศึกษานี้ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ อาชีพที่แตกต่างกันมีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้ได้ทราบผลว่าในบางอาชีพ เช่น กลุ่มนักเรียนนักศึกษามีความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสามารถพัฒนาได้โดยการส่งเสริมการให้ความรู้ พัฒนาทักษะในการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลในกลุ่มนี้

4. ชนิดการมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่ไม่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ขาดโอกาสในการเข้าถึง การพัฒนาทักษะในการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่หาได้ รวมทั้งการนำข้อมูลที่ค้นหาได้มาช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้น การส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์โดยมีการให้ความ

ช่วยเหลือหรือสอนทักษะในการใช้ที่ถูกต้องเพื่อเพิ่ม health literacy ถือเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรีเท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอกทั้งหมดได้
2. การประเมินเรื่องของ e-health literacy เนื่องจากแบบสอบถามเป็นแบบ self-report questionnaire ดังนั้นอาจได้ผลแตกต่างจากการวัดความสามารถโดยตรง เนื่องจากการประเมินเป็นการวัด perception ของผู้ตอบแบบสอบถาม
3. เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้การดำเนินโครงการทำได้ยากลำบากมากขึ้น ต้องดำเนินการเก็บข้อมูลโดยยึดมาตรการ social distancing
4. การสุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นต้องคำนึงถึงเรื่องอคติในการวิเคราะห์ผลด้วย

ข้อเสนอแนะด้านงานวิจัย

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง หรือทำการศึกษาเพิ่มเติมในเขตอื่น ๆ เช่น ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีความแตกต่างกันในบริบท อาจได้ข้อมูลที่แตกต่างกันจากการศึกษานี้
2. ควรมีการศึกษาขยายผลต่อยอดไปถึงกลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและคนในชุมชน ซึ่งอาจได้ผลที่แตกต่างกัน รวมทั้งสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวได้

โดยสรุปจากการศึกษานี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีหลายประการ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ อาชีพ ชนิดการมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยประกอบด้วยปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้และปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ การส่งเสริม e-health literacy ทำโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น ส่งเสริมการศึกษา การเข้าถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ผู้ใช้ได้มีประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นและเพื่อเพิ่มทักษะในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้เพื่อตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์หญิงสุขุมาล คิดสงวน ทีมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ชยันต์ธร ปทุมานนท์ และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีที่ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีตลอดมา ทำให้การทำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ณรงค์ยศ มหิตติวานิชย์. สถิติและพฤติกรรมผู้ใช้งาน internet Q1 ปี 2563 ทั่วโลกรวมประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.twfdigital.com/blog/2020/02/global-digital-usage-stat-q1-2020/
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.nso.go.th/sites/2014/ DocLib13/ด้านICT/เทคโนโลยีในครัวเรือน/2561/ict61-CompleteReport-Q1.pdf
3. พนิตนาฏ ชำนาญเสือ, จันทิมา เขียวแก้ว, พรเลิศ ชุมชัย, ธัญญารัศม์ ดวงคำ, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, กฤษณา หงส์ทอง, และคณะ. การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสังกัดพระบรมราชชนก ในกลุ่มเครือข่ายภาคกลาง 2 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยสมาคมห้องสมุด. 2559;9:93-117.
4. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, จันทิมา แก้วเขียว, พนิตนาฏ ชำนาญเสือ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, พรเลิศ ชุมชัย, และคณะ. ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดพระบรมราชชนก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 2560;11:235-48.
5. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสาร

พฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.2558; 7:169-85.
6. Tanvir AM. The use of technology to access healthcare: an exploration of ehealth literacy and related disparity in Bangladesh [PhD]. Brighton: University of Sussex; 2019.
7. Bethany T, Michael S, Virginia D, Beth C, Don C, Samantha P, et al. eHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomer and Older Adults. J Med Internet Res. 2015;17:1-16
8. ภานุพงศ์ พรหมมาลี. การวิเคราะห์การรู้ดิจิทัลของอาจารย์ระดับอุดมศึกษาโดยใช้แผนภูมิต้นไม้การจำแนกและการถดถอย [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
9. Diane LZ, Isabella B. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. Int J Environ Res Public Health. 2018;15:1-13.
10. ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิดาทองโคตร, สุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
11. Rockville. Health information National Trends Survey cycle 3. [Internet]. 2020 [cites 2021 Feb 1]. Available form: https://hints.cancer.gov/docs/Instruments/HINTS5C3_Annotated_Instrument_English.pdf
12. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0. Health Literacy and Health Literate Organization [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2019/02-5044-20190218125342/36c4407dadeb64d841a1c0dfa3997179.pdf
13. Richtering SS, Hyun K, Neubeck L, Coorey G, Chalmers J, Usherwood T, et al. Predictors in a Population with Moderate-to-High Cardiovascular Risk. JMIR Hum Factors 2017 [cited 2022 Feb 8];4(1):e4. doi:10.2196/humanfactors.6217
14. Shiferaw KB, Mehari EA. Internet use and eHealth literacy among health-care professionals in a resource limited setting: a cross-sectional survey. Adv Med Educ Pract. 2019;10:563-570.
15. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. 2006;8:e9.
16. ธนิตา วงษ์จินดา. ผลการพัฒนาระบบสนับสนุนบนฐานเว็บเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทหารโดยใช้แนวทางการมีส่วนร่วม กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์ฯ [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์. 2559.
17. ปรียาภรณ์ บูรณากาญจน์, ศศิธร ยุวโกศล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพด้านพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาตั้งครรภ์. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม. 2563;8:136-49.
18. Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. BMC Med Inform Decis Mak. 2020;20:181.
19. Centers for disease control and prevention. e-Health Literacy. [Internet]. 2021 [cited 2021 March 30]. Available form: https://www.cdc.gov/healthliteracy/researchevaluate/eHealth.html
20. เนติยา แจ่มพิม, สินีพร ยืนยง. การใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2562;25:168-80.
21. พรพรรณ ประจักษ์เนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทัศนคติและการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนของประชากรไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562;13:243-60.
22. Xesfingi S, Vozikis A. eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. Interact J Med Res. 2016; 5:e16.
23. Sisook Kim RN, Jaehee Jeon RN. Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study. Nursing and Health Science. 2020;22:667-74.
24. Zhou J, Fan T. Understanding the factors influencing patient e-health literacy in online health communities (OHCs): a social cognitive theory perspective. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(14):2455.
25. Zrubka Z, Brito Fernandes Ó, Baji P, Hajdu O, Kovacs L, Kringos D, et all. Exploring e-Health Literacy and Patient-Reported Experiences With Outpatient Care in the Hungarian General Adult Population: Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2020; 22:e19013

นิพนธ์ต้นฉบับ

เทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง

ฐนิตา สมตน, พบ.

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ฐนิตา สมตน, พบ.,
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอ
เมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัด
สุราษฎร์ธานี 84000,
ประเทศไทย
Email: ekor24@hotmail.com

Received: June 4, 2022;
Revised: January 1, 2023;
Accepted: August 4, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: เทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง มีกระบวนการการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้วยทีมสหวิชาชีพและการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitoring of blood glucose, SMBG) ให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1C> 7 mg%) ใน 5 ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังให้เทคนิคการคืนข้อมูล

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods study) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยใช้แบบสอบถามและสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนหลังเข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติ Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks Test และ Friedman test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมวิจัย มากกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น $\overline{X}$=12.73, $\overline{X}$=15.15, p < 0.001 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น $\overline{X}$=37.74, $\overline{X}$=39.57, p 0.001 ตามลำดับ ผู้ที่คุมระดับ FBS ได้ก่อนเข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 18.2 เพิ่มขึ้นเป็น 40.7 หลังเข้าร่วมวิจัย ส่วนการคุมระดับ HbA1C ได้ ก่อนเข้าร่วมวิจัยมีร้อยละ 1.1 หลังเข้าร่วมวิจัย 3 และ 6 เดือนเพิ่มขึ้นเป็น 35.3 และ 13.9 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับ FBS สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมวิจัย ($\overline{X}$=170.65, SD=51.61) และหลังเข้าร่วมวิจัย ($\overline{X}$=141.56, SD=36.56) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนการเปรียบเทียบระดับ HbA1C ด้วยสถิติ Friedman test พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมวิจัย ($\overline{X}$=8.64, S.D.=1.36) หลังเข้าร่วมวิจัย 3 เดือน ($\overline{X}$ =7.60, SD=1.33) และหลังเข้าร่วมวิจัย 6 เดือน ($\overline{X}$ =8.37, S.D.=1.60) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นกัน

สรุปผล: การคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองด้วยชุดความรู้จากทีมเจ้าหน้าที่ การคืนข้อมูลด้วยตนเองจากการตรวจ SMBG มีผลต่อความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ดังนั้นคลินิกผู้ป่วยเบาหวานควรมีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: เทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ผู้ป่วยเบาหวาน

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 201-209.

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Self-Awareness Technique Program Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care Units

Thanita Somton, MD.

Surat Thanee Hospital, Surat Thani, Thailand

Corresponding author :
Thanita somton, MD.,
Surat Thanee Hospital,
Mueang Surat Thani District,
Surat Thani 84000, Thailand
Email: ekor24@hotmail.com

Received: June 4, 2022;
Revised: January 1, 2023;
Accepted: August 4, 2023

ABSTRACT

Background: The effectiveness of a self-awareness technique program among type 2 diabetes mellitus patients in Primary Care Units was conducted with a multidisciplinary team and SMBG (self-monitoring of blood glucose) to create self-awareness and prevent disease complications. This study aimed to evaluate the effect of self-awareness technique with self-monitoring of blood glucose program on knowledge behavioral change and blood sugar control among diabetes patients in five Thai primary care units.

Methods: A mixed methods study was conducted using a questionnaire and in-depth interviews in diabetes patients with HbA1C > 7 mg % from July 1, 2020 to June 1, 2021. Descriptive statistics were used with paired t-test, Wilcoxon signed ranks test, and Friedman test.

Results: Eighty-eight participants were enrolled in the study. The knowledge and behaviors scores after finishing the program significantly increased compared to the beginning $\overline{X}$ =12.73, $\overline{X}$=15.15, p < 0.001 and $\overline{X}$=37.74,$\overline{X}$ = 39.57, p = 0.001 respectively. The results of blood sugar control significantly improved after paticipation in the program for three months ($\overline{X}$=1 70.65, SD=51.61) and ($\overline{X}$=141.56, SD=36.56) respectively.

Conclusion: The self-awareness technique with the SMBG program is related to better outcomes such as knowledge, behaviors, and blood sugar control. Therefore, health care providers should promote the effective program to maintain behavior modification and prevent disease complications.

Keywords: self awareness technique program, diabetes mellitus type II patients

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินหรือนำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ มีผลทำให้เกิดภาวะผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะกรดจากสารคีโตนคั่งในเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ความดันโลหิตสูง จอตาเสื่อม ไตวาย เป็นแผลเรื้อรังและติดเชื้อง่ายเป็นต้น ฉะนั้นถ้าเราสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้

จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ ในปี พ.ศ. 2560-2562 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 1,344, 1,439 และ 1,528 ตามลำดับ[1]

จากทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลจาก HDC อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2,716 คน ในจำนวนดังกล่าวมีทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะปัญหาผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปัจจุบันการจัดบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้มีการให้ความรู้ แนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมายได้ ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ การควบคุมโรคก็จะไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อวัยวะเป้าหมายสำคัญของร่างกายได้ ที่ผ่านมาทีมสหวิชาชีพมีการให้ความรู้สุขศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล แต่ไม่ได้สร้างความตระหนักต่อการรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมากเท่าที่ควร คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการใช้เทคนิคบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy)[2] เป็นการบำบัดที่เน้นการสื่อสารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitoring of blood glucose, SMBG) ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มศักยภาพและเสริมพลังให้ผู้เป็นเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการให้ความรู้ด้านอื่น ๆ ซึ่งค่าที่ตรวจได้เป็นการสะท้อนระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอาหาร กิจกรรมทางกาย ยาที่รับประทาน รวมทั้งความเครียดและภาวะเจ็บป่วยของผู้เป็นเบาหวาน[3] ผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยเรื่องเทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง มีกระบวนการการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้วยทีมสหวิชาชีพและการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังให้เทคนิคการคืนข้อมูล

เพื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ก่อนและหลังให้เทคนิคการคืนข้อมูล

เพื่อศึกษาเชิงลึกความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1C > 7 mg%) ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง 5 ศูนย์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Estimated sample size for one sample with repeated measures ได้จำนวน 88 ราย ใช้แบบสอบถามและสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก 10 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ 0.67 โดยมีกิจกรรมเทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้วยทีมสหวิชาชีพและการเจาะ

น้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และสถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks Test และ Friedman test

กระบวนการเทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน 5 ศูนย์สุขภาพชุมชน
2. ทีมผู้รับผิดชอบในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนให้ชุดความรู้ ได้แก่ โรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อน เมนูอาหารปรับเปลี่ยน สอนฝึกปฏิบัติการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และให้ยืมเครื่องตรวจ แจ้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. ผู้ป่วยเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองหลังอาหาร 2 ชั่วโมง 3 มื้อ อาทิตย์ละ 1 วัน และบันทึกเมนูอาหารในสมุดบันทึกโครงการอย่างละเอียด เป็นการคืนข้อมูลด้วยตนเองจากผลการเจาะเลือดด้วยตนเอง
4. นัดผู้ป่วยมาพบทีมในคลินิกปรับเปลี่ยนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อวิเคราะห์เมนูอาหารในแต่ละเดือนร่วมกัน และคืนข้อมูลด้วยทีม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร ปัญหาอุปสรรค
5. การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของตนเองหลังเข้าโครงการที่ 3 เดือน และคืนเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด และสัมภาษณ์เชิงลึก แจ้งผลตรวจก่อนและหลังเข้าโครงการที่ 3 เดือน เป็นการคืนข้อมูลด้วยตนเองและแพทย์
6. การเจาะน้ำตาลในเลือดสะสมของตนเองหลังเข้าโครงการที่ 6 เดือน (โดยหลังจาก 3 เดือน ผู้ป่วยไม่ต้องเจาะเลือดด้วยตนเองและไม่ต้องบันทึกเมนูอาหาร) แจ้งผลตรวจก่อนและหลังเข้าโครงการที่ 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นการคืนข้อมูลด้วยตนเองและแพทย์ แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อค้นหาอุปสรรคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีเครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน เป็นเพศชาย 30 คน (ร้อยละ 34.1) เพศหญิง 58 คน (ร้อยละ 65.9) มีอายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.5 อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 48.9 มีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกันร้อยละ 72.7 รายได้เฉลี่ย 170,669 บาทต่อปี มีผู้ดูแลร้อยละ 68.2 โรคประจำตัวที่พบบ่อยร่วมกับโรคเบาหวานคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุราษฎร์ธานี (n=88)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	30 (34.1)
หญิง	58 (65.9)
อายุ Max=74, Min=34, Mean=55.75, SD=9.43	
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	2 (2.3)
ประถมศึกษา	40 (45.5)
มัธยมศึกษา, ปวช.	25 (28.4)
อนุปริญญา, ปวส.	3 (3.4)
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	16 (18.2)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (2.3)
อาชีพหลัก	
รับจ้าง	18 (20.5)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	43 (48.9)
รับราชการ	2 (2.3)
รัฐวิสาหกิจ	3 (3.4)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (13.6)
อื่น ๆ	10 (11.4)
สถานภาพสมรส	
โสด	12 (13.6)
สมรส/คู่	64 (72.7)
หม้าย	11 (12.5)
หย่า	1 (1.1)
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน) Max=1,200,000, Min=0, Mean=170,669.12, SD=231,970.47	

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุราษฎร์ธานี (n=88) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
ผู้ดูแล	
ไม่มีผู้ดูแล	28 (31.8)
มีผู้ดูแล	60 (68.2)
โรคประจำตัว	
เบาหวาน	88 (100.0)
ความดันโลหิตสูง	45 (51.1)
ไขมันในเลือดสูง	42 (47.7)
อื่น ๆ	8 (9.1)
อัตราการกรองที่ไต (GFR)	
Stage 1 GFR >90	58 (65.9)
Stage 2 GFR >60-89	27 (30.7)
Stage 3a GFR 45-59	1 (1.1)
Stage 3b GFR 30-44	2 (2.3)
ระดับ Creatinine Max=2.01, Min=0.44, Mean=0.74, SD=0.23	
ระดับ eGFR Max=128, Min=32, Mean=94.89, SD=18.36	

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังให้เทคนิคการคืนข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโครงการ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น $\bar{X}$=12.73, $\bar{X}$=15.15, p < 0.001 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น $\bar{X}$= 37.74, $\bar{X}$=39.57, P.001 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังให้เทคนิคการคืนข้อมูล

ผู้ที่คุมระดับ FBS ได้ก่อนเข้าร่วมโครงการร้อยละ 18.2 เพิ่มขึ้นเป็น 40.7 หลังเข้าร่วมโครงการ ส่วนการคุมระดับ HbA1C ได้ ก่อนเข้าร่วมโครงการมีร้อยละ 1.1 หลังเข้าร่วมโครงการ 3และ6 เดือนเพิ่มขึ้นเป็น 35.3 และ 13.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบระดับ FBS สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}$=170.65, S.D.=51.61) และหลังเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}$=141.56, S.D.=36.56) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบระดับ HbA1C ด้วยสถิติ Friedman test พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}$=8.64, SD=1.36) หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ($\bar{X}$=7.60, S.D.=1.33) และหลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน ($\bar{X}$=8.37, S.D.=1.60) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5)

ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purpose sampling) 10 ราย

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=88 คน)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	12.73	2.71	15.15	2.57	87	7.963	< 0.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	37.74	4.47	39.57	4.37	87	3.435	0.001

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

การควบคุม HbA1C	คุมได้ (HbA1C < 7%) จำนวน (ร้อยละ)	คุมไม่ได้ (HbA1C ≥ 7%) จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนเข้าร่วมวิจัย (n=88)	1 (1.1)	87 (98.9)
หลังเข้าร่วมวิจัย 3 เดือน (n=85)	30 (35.3)	55 (64.7)
หลังเข้าร่วมวิจัย 6 เดือน (n=79)	11 (13.9)	68 (86.1)

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=88)

หัวข้อ	ระยะการทดลอง	Mean	SD	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	170.65	51.61	< 0.001
	หลังเข้าร่วมโครงการ	141.56	36.56	

ตารางที่ 5. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติ Friedman test (n=76)

หัวข้อ	ระยะการทดลอง	Mean	SD	Mean rank	Chi-square	df	p-value
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	8.64	1.36	2.43	42.80	2	< 0.001
	หลังเข้าร่วมวิจัย 3 เดือน	7.60	1.33	1.42			
	หลังเข้าร่วมวิจัย 6 เดือน	8.37	1.60	2.14			

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องชนิดอาหารที่มีผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เลือกรับประทานอาหารมากขึ้น ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนเป็นเมนูอาหารทดแทน บางรายเรียนรู้โดยวิธีการทดลองรับประทานอาหารเมนูที่ไม่ซ้ำกัน หรือตั้งใจคุมอาหารเฉพาะวันที่เจาะ SMBG

"รู้สึกดี ทำให้ทราบในการเลือกอาหารจากการเจาะเลือดด้วยตัวเอง เมื่อก่อนเวลาขายของกินทั้งนมเปรี้ยว น้ำปั่น กินแล้วชื่นใจ จะไม่กลับไปกินเหมือนเดิม รู้วิธีในการเลือกอาหารจากเมนูทดแทน"

"มีความรู้เรื่องอาหารมากขึ้น ยังไม่ค่อยปรับพฤติกรรม เพราะวันที่เจาะจะตั้งใจคุมอาหารทำให้น้ำตาลไม่ขึ้น แต่วันอื่น ๆ จะกินตามปกติ"

2. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนใหญ่พบว่ามักกลัวภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อเจาะเลือดด้วยตนเอง พบค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีแรงจูงใจให้อยากควบคุมอาหาร

"หากเป็นอัมพฤกษ์ กลัวว่าลูก 2 คนไม่มีใครดูแล ลูกยังเล็ก"

"หลังเปลี่ยนเมนู น้ำหนักลดลง หัวเข่าที่ปวดมีอาการดีขึ้นกว่าเดิม ตัวเบาขึ้น การเดินดีขึ้น ระบบร่างกายแข็งแรงขึ้น"

3. อุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 3 เดือน พบปัญหาระหว่างเข้าร่วมโครงการในผู้ป่วย 5 ราย เช่น การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา บางรายเมื่อปรับเมนูอาหาร เช่น การลดแป้งทำให้เพลีย บางรายมีอุปสรรคการเจาะเลือดด้วยตนเอง

"ต้องใช้ความพยายามมาก เพราะกินอาหารไม่เป็นเวลา ต้องพยายามปรับเปลี่ยนการกินอาหาร"

"ไม่สะดวกใช้เครื่องตรวจน้ำตาลเวลาไปทำงาน"

4. ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อการเจาะเลือดตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.6 มีความมั่นใจในการเจาะเลือดด้วยตนเอง ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.4 เห็นว่าการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีความยุ่งยาก โดยร้อยละ 68.2 เห็นว่าต้องมีผู้ดูแลเจาะเลือดให้ ร้อยละ 53.4 มีความประสงค์ที่จะเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

วิจารณ์

กระบวนการเทคนิคการคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองด้วยชุดความรู้จากทีมเจ้าหน้าที่ การคืนข้อมูลด้วยตนเองจากการตรวจตรวจเลือด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักเรื่องอาหารที่รับประทานมีผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดและเกิด self-awareness ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสุ่มสัมภาษณ์ทำให้ทราบข้อมูลเชิงลึกเรื่องความรู้การเลือกชนิดอาหาร แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อุปสรรคจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ทัศนคติต่อการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ทีมผู้รักษาสามารถให้คำแนะนำ (brief counselling) อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งปัจจัยของการทำให้เกิดความตระหนักรู้ในแต่ละคนไม่

เหมือนกัน ในบางรายแม้เกิดความตระหนักรู้แต่อาจไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker[4] การรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับรู้ต่ออุปสรรคต่าง ๆ เช่น ความยุ่งยากในการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ความยุ่งยากในการเลือกเมนูอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bloom[5] พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ โดยงานวิจัยของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ[6] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน มีปัจจัยจากทั้งตัวผู้ป่วยและสภาพแวดล้อม

เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน กลุ่มที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.3 เนื่องจากการสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง นอกจากการคืนข้อมูลด้วยการให้ความรู้ของทีมสหวิชาชีพแล้ว การคืนข้อมูลด้วยตัวเลขจากเครื่องเจาะน้ำตาลมีความเที่ยง เห็นชัดเจนโดยประจักษ์ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเมนูอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อมีผลต่อระดับน้ำตาลของตนอย่างไร แต่เมื่อเวลาเข้าร่วมโครงการครบ 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้กลับลดลงเหลือร้อยละ 13.9 สอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Sages of change theory) ของ Prochaska และคณะ[7] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนจะเกิดความยั่งยืน คือระยะ maintenance phase ซึ่งการเจาะน้ำตาลด้วยตนเองเพียงแค่ 3 เดือน และคืนเครื่องทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่มีความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลอาหารหลังเจาะ SMBG ทำให้เกิดความตระหนักรู้ต่อเมนูอาหารที่รับประทานทันที โดยการตรวจ SMBG เป็นเครื่องมือเสริมที่จะสร้าง self-awareness ให้ผู้ป่วยตามการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบ chronic care model[8] ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือมี motivation, knowledge, problem solving skill, self-efficacy และ identified barrier การบันทึกเมนูอาหารและระดับน้ำตาลที่ได้จากการเจาะ SMBG ร่วมกับการให้ความรู้จากทีมสหวิชาชีพเพื่อเปลี่ยนเป็นเมนูทดแทนทำให้มีความรู้ความเข้าใจในความรู้ด้านอาหาร (knowledge) และมีความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารมากขึ้น (self-efficacy)

ในประเทศไทยการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ในคนไข้เบาหวานทุกราย มีงานวิจัยข้อบ่งชี้ในการทำ SMBG9-12 จากผลวิจัยของ Andrew และคณะ[13] พบว่าประสิทธิผลและความคุ้มค่าจากการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในประเทศอังกฤษ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ ลดการสูญเสียปีสุขภาวะ (quality-adjusted life years) จำนวนปีที่เสียไปเพราะสุขภาพไม่ดี พิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัย 0.165-0.255 ปีจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 1,013-2,564 ปอนด์ต่อคน

ความถี่ของการทำ SMBG เป็นไปตามความเหมาะสมกับชนิดของโรคเบาหวาน การรักษาที่ได้รับ และความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย ผู้วิจัยได้เลือกการเจาะอาทิตย์ละวัน หลังอาหาร 3 มื้อ (2hrPP) พบว่าระดับน้ำตาลสะสม ควบคุมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 35 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมเบาหวานไม่ดี การทำ SMBG อย่างมีแบบแผนวันละ 7 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน บันทึกปริมาณอาหาร การออกกำลังกาย ทุก 3 เดือนที่มาพบแพทย์ สามารถลดระดับ HbA1C ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3[14] นอกจากนี้จากการศึกษาของ Subhankar Chowdhury และคณะ[15] พบว่าการทำ SMBG ของผู้ป่วยเบาหวานทวีปเอเชีย ยังทำได้น้อย เนื่องจากปัจจัยทั้งด้านเศรษฐานะ ทักษะการตรวจและการแปลผล นอกจากนี้คู่มือในการทำ SMBG ในแต่ละประเทศยังมีความหลากหลาย โดยความถี่ในการตรวจขึ้นกับปัจจัยในหลายด้าน เช่นการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมการดูแลตนเอง เศรษฐานะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. คลินิกหรือชมรมผู้ป่วยเบาหวาน ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการเลือกรับประทานเมนูอาหารที่เหมาะสม
2. การให้ความรู้ด้วยทีมสหวิชาชีพ เช่น การฝึกปฏิบัติการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การเลือกเมนูอาหารทดแทน ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในด้านการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง มีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร ทำให้ลดระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น
3. ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการช่วยเจาะน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย
4. ควรมีงานวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความถี่ ความคุ้มค่าในการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อควบคุมตัวแปรด้านทักษะการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ชุดความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อจำกัด

การวิจัยไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านการให้ชุดความรู้ และการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง อีกทั้งไม่ได้แยกวิเคราะห์คุณภาพการให้ความรู้และเทคนิคการคืนข้อมูลของทีมสหวิชาชีพในแต่ละศูนย์สุขภาพ ซึ่งทักษะการสื่อสารของเจ้าหน้าที่อาจมีผลต่อการรับรู้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน

สรุป

การคืนข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองด้วยชุดความรู้จากทีมเจ้าหน้าที่ การคืนข้อมูลด้วยตนเองจากการตรวจ SMBG มีผลต่อความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ดังนั้นคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการให้ความรู้อย่างอย่างเป็นระบบและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการเลือกรับประทานเมนูอาหารที่เหมาะสมทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมแพทย์และพยาบาลคลินิกปรับเปลี่ยนหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์โพธาวาส ศูนย์โพหวาย ศูนย์ดอนนก ศูนย์ศรีวิชัย ศูนย์อบจ. และขอบคุณบริษัทยา Roche ที่สนับสนุนเครื่องเจาะ self-monitoring of blood glucose, SMBG แก่ศูนย์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อจำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020
2. โสภา ไชยแก้ว. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20201117144657.pdf
3. รัตนาภรณ์ จีระวัฒนะ และคณะ. แนวปฏิบัติการทำกิจกรรมกลุ่มเบาหวาน เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้เป็นเบาหวานรายบุคคล. กรุงเทพมหานคร. บริษัทคอนเซ็พท์เมดิคัส, 2563. หน้า 37.
4. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2:324-508.
5. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California 1968;2:47-62.
6. เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, ประทีป ปัญญา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4764
7. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51:390-5.
8. กรมการแพทย์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://training.dms.moph.go.th/rtdc//storage/app/uploads/public/5d2/541/b4b/5d2541b4bbb05671313444.pdf
9. International Diabetes Federation. Guideline: Self-monitoring of blood glucose in noninsulin treated type 2 diabetes; 2009.
10. Towfigh A, Romanova M, Weinreb JE, Munjas B, Suttorp MJ, Zhou A, et al. Self-monitoring of blood glucose levels in patients with type 2 diabetes

mellitus not taking insulin: A meta-analysis. Am J Manag Care 2008;14:468-75.
11. Boutati EI, Raptis SA. Self-monitoring of blood glucose as part of the integral care of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009;32 (Suppl2):S205-S10.
12. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care. 2017;40 (Suppl 1):S48-S56.
13. Palmer AJ, Dinneen S, Gavin JR 3rd, Gray A, Herman WH, Karter AJ. Cost-utility analysis in a UK setting of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes. Curr Med Res Opin. 2006;22:861-72.
14. Polonsky WH, Fisher L, Schikman CH, Hinnen DA, Parkin CG, Jelsovsky Z, et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled noninsulin-treated type 2 diabetes: results from the Structured Testing Program study. Diabetes Care. 2011;34:262–7.
15. Chowdhury S, Ji L, Suwanwalaikorn S, Yu N-C, Tan EK. Practical approaches for self-monitoring of blood glucose: an Asia-Pacific perspective. Curr Med Res Opin. 2015;31:461-76.

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 210-217.

นิพนธ์ต้นฉบับ

อัตราการจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี

หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์, พบ., นัชชา เรืองเกียรติกุล, พบ., MSc.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:
หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์ พบ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลราชวิถี 2 ถ.พญาไท
แขวงพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400, ประเทศไทย
Email: kimhongz@hotmail.com

Received: March 10, 2022;
Revised: May 31, 2022;
Accepted: April 26, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันมีคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุเนื่องจากผลเสียเช่น เพิ่มความเสี่ยงโรคความจำเสื่อม เพิ่มอัตราการล้มและบาดเจ็บซึ่งอาจต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการอัตราการตัดสินใจจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2564 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว การตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ 5 กลุ่มโรค การจ่ายยาเกินความจำเป็นและแหล่งอ้างอิงที่ใช้ประกอบในการจ่ายยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Fishers' exact test

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยมีทั้งหมด 92 คน อายุเฉลี่ย 29±5.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 87 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากแบบสอบถามพบว่าอัตราการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine แพทย์ทั่วไปร้อยละ 66.3 จ่ายยานี้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวล พบปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัดสินใจจ่ายยาและไม่จ่ายยาในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง คือ ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ($p = 0.01$)

สรุป: อัตราการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 66.3 จึงควรมีแนวทางอย่างง่ายให้แพทย์ทั่วไปใช้ในการพิจารณาข้อบ่งชี้ และพบว่าชั่วโมงการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ที่สูงกว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ: benzodiazepine การจ่ายยา ผู้สูงอายุ แพทย์ทั่วไป

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 210-217.

ORIGINAL ARTICLE

Prescribing Rate of Benzodiazepines and Factors Associated with the Decision of General Practitioners to Prescribe Benzodiazepine in Elderly Patients, Rajavithi Hospital

Hathaichanok Rattanapongsate, MD., Natcha Ruangkiatkul, MD., MSc.

Department of Family Medicine, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :
Hathaichanok Rattanapongsate, MD., Department of Family Medicine, Rajavithi Hospital, 2 Phaya Thai Rd. Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Email: kimhongz@hotmail.com

Received: March 10, 2022;
Revised: May 31, 2022;
Accepted: April 26, 2023

ABSTRACT

Background: Physicians are recommended to avoid prescribing benzodiazepine for older patients due to the adverse effects including increased risk of dementia, falls, and trauma, which may cause hospitalization or in severe cases, mortality. Thus, the author aimed to investigate the prescription rate and factors associated with the prescribing decisions of benzodiazepine in older patients by general practitioners in a tertiary hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted from January to June 2020. The questionnaire consisted of personal characteristics, the prescribing decision of benzodiazepines in older patients with five medical conditions, the experience of unnecessary prescribing of benzodiazepine, and reference of prescriptions. Also, descriptive statistics: Chi-square, and Fisher's exact test were applied in this study.

Results: Ninety-two participants with an average age of 29 ± 5.5 years were primarily in residency training programs (87%) with average working hours of 40 hours per week. It was found from the questionnaire that the benzodiazepine prescribing decisions of general practitioners was 66.3% for older patients with anxiety. One factor significantly different between the prescribing and non-prescribing groups in older patients with hypertension was the number of working hours per week ($p = 0.01$).

Conclusion: The rate of the prescribing decision of benzodiazepine by general practitioners to elderly patients with anxiety is quite high at 66.3%. Hence, simplified prescribing guidelines should be provided for general practitioners. Also, it was found that high working hours (per week) was the factor associated with the prescribing decision of benzodiazepine in older patients with hypertension. Further study should be conducted regarding this finding.

Keywords: benzodiazepine, drug prescription, elderly, general practitioners

บทนำ

Benzodiazepine เป็นยาทางจิตเวชที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในเวชปฏิบัติ มีข้อบ่งชี้ที่สำคัญได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับและภาวะวิตกกังวล[1,2] โดยเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า benzodiazepine เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุในเรื่องความจำเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกระดูกหัก[3-5] และบางการศึกษาพบว่าเพิ่ม mortality risk อีกด้วย[6] เพื่อป้องกันผลเสียจากยา benzodiazepine บางประเทศจึงมีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการจ่ายยา benzodiazepine เช่นในปี ค.ศ. 2002 ประเทศไอร์แลนด์มีการจัดตั้งคณะกรรมการและมีความเห็นว่าไม่ควรจ่ายยานี้เกิน 2-4 สัปดาห์ ส่วนในสหราชอาณาจักรจะให้ใช้ยา benzodiazepine ในระยะสั้น (2-4 สัปดาห์) และพบว่าไม่มีประโยชน์หากจ่ายยาเกิน 4 สัปดาห์ ซึ่งคล้ายกับแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศนอร์เวย์และเดนมาร์ก[7] นอกจากนี้มีการศึกษาเพื่อให้แพทย์ทั่วไปมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา benzodiazepine มากขึ้นอีกด้วย[8] อย่างไรก็ตามมีรายงานจากหลายประเทศพบว่ามีการจ่ายยา benzodiazepine เกินความจำเป็น[9-11] ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีการจ่ายยา benzodiazepine เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 เป็น ร้อยละ 7.4 ในปี ค.ศ. 2003 เทียบกับปี ค.ศ. 2015 ทั้งนี้พบว่าสัดส่วนจิตแพทย์ที่จ่ายยานั้นคงที่ (ร้อยละ 29.6 เทียบกับ ร้อยละ 30.2) แต่พบว่าการจ่ายยานี้โดยแพทย์ทั่วไปมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 3.6 เทียบกับร้อยละ 7.5)[5] ซึ่งมีการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไปที่จ่ายยานี้[12,13]

จากสถิติการจ่ายยา benzodiazepine ในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2008 พบว่ามีการจ่ายนี้ร้อยละ 5.2 ในคนอายุ 18 ถึง 80 ปี และมีการใช้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ[14] เช่นเดียวกับในประเทศแคนาดา[15] ส่วนในประเทศไทย มีบางการศึกษา เช่น prevalence การจ่ายยากลุ่มจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ[16] พบการจ่ายยาจิตเวชมากถึงร้อยละ 9.04 โดยยา benzodiazepine เป็นยาที่ถูกจ่ายมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุมาก่อน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอัตราการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ทั่วไปและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยาดังกล่าว

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 กลุ่มประชากรได้แก่ แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลราชวิถี การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถีเลขที่ 224/2563 ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร[17] ได้ 104 คน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว ตัวอย่างกรณีผู้ป่วย 5 ตัวอย่าง เจตคติ-ความคิดเห็น และการสั่งยา benzodiazepine ในปัญหาต่าง ๆ 5 ภาวะโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ภาวะแพนิค ภาวะซึมเศร้า โรคความดันโลหิตสูงและภาวะปวดหลัง โดยถามความคิดเห็นในการใช้ยา benzodiazepine ถามพฤติกรรมการจ่ายยา benzodiazepine ใน 1 ปี และแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการจ่ายยา benzodiazepine ใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 26 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ Chi-square test และ Fishers' exact test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 92 คน และใช้แบบสอบถามในการถามข้อมูลส่วนตัว การใช้ยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุจากกรณีศึกษา 5 กรณี ความเห็นในการสั่งยา benzodiazepine พบว่าเป็นเพศชาย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 เพศหญิง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 มีอายุเฉลี่ย 29±5.5 ปี มีจำนวนปีการทำงานเฉลี่ย 3 ปี (น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 44 ปี) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์ทั่วไปซึ่งอยู่ในช่วงการเรียนต่อแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 80 คนและแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลราชวิถีอีก 12 คน ดังตารางที่ 1

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจจ่ายยาและกลุ่มที่ไม่จ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุแยกข้อคำถามเป็น 5 กรณีศึกษาพบว่า ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ในกลุ่มจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีสูงกว่ากลุ่มไม่จ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.010) ส่วนการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุในกรณีอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ภาวะแพนิค ภาวะซึมเศร้า อาการปวดหลัง พบว่าปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การฝึกอบรมเฉพาะทางของแพทย์ ไม่พบความแตกต่างของปีในการทำงานและชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ระหว่างสองกลุ่ม ดังข้อมูลในตารางที่ 2

อัตราการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุพบว่า แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลราชวิถีตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นจำนวน 61 คน หรือร้อยละ 66.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=92), n(%)
เพศ	
ชาย	36 (39.1)
หญิง	56 (60.9)
ปี พ.ศ. ที่ได้รับปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิต	
น้อยกว่า พ.ศ.2558	14 (15.2)
พ.ศ. 2558-2560	68 (73.9)
มากกว่า พ.ศ.2560	10 (10.9)
การอบรมต่อแพทย์เฉพาะทาง	
ไม่มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง	24 (26.1)
มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง	68 (73.9)
สาขาอายุรศาสตร์	10 (12.5)
สาขาสูตินารีเวชศาสตร์	12 (15.0)
สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	11 (13.8)
สาขาวิสัญญีวิทยา	8 (10.0)
สาขาจักษุ	9 (11.3)
สาขาโสต ศอ นาสิก	11 (13.8)
สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	14 (17.5)
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	3 (3.8)
สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	2 (2.5)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มแพทย์ที่จ่ายยาและไม่จ่ายยา benzodiazepine ใน 5 กรณี

ปัจจัย	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา	p-value
กรณีที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวล			
เพศ			1.000
ชาย	24 (66.7)	12 (33.3)	
หญิง	37 (66.1)	19 (33.9)	
อายุ (mean±SD)	29.66±6.24	29.87±3.81	0.869
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			0.294
ใช่	43 (63.2)	25 (36.8)	
ไม่ใช่	18 (75.0)	6 (25.0)	
ปีในการทำงาน	4.07±5.86	3.45±3.26	0.590
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	41.85±22.22	33.47±27.23	0.122
กรณีที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแพนิค			
เพศ			0.522
ชาย	15 (41.7)	21 (58.3)	
หญิง	28 (50.0)	28 (50.0)	
อายุ (mean±SD)	29.93±7.44	29.56±3.14	0.758
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			1.000
ใช่	32 (47.1)	13 (54.2)	
ไม่ใช่	11 (45.8)	36 (52.9)	
ปีในการทำงาน	4.23±7.01	3.53±2.56	0.537
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	34.43±20.88	43.10±26.29	0.090

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มแพทย์ที่จ่ายยาและไม่จ่ายยา benzodiazepine ใน 5 กรณี (ต่อ)

ปัจจัย	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา	p-value
กรณีที่ 3 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า			
เพศ			1.000
ชาย	9 (25.0)	27 (75.0)	
หญิง	14 (25.0)	42 (75.0)	
อายุ (mean±SD)	30.04±9.25	29.62±3.50	0.754
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			0.169
ใช่	14 (20.6)	54 (79.4)	
ไม่ใช่	9 (37.5)	15 (62.5)	
ปีในการทำงาน	4.70±8.64	3.58±3.26	0.368
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	40.61±29.27	38.52±22.40	0.723
กรณีที่ 4 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง			
เพศ			0.075
ชาย	4 (11.1)	32 (88.9)	
หญิง	1 (1.8)	55 (98.2)	
อายุ (mean±SD)	39.50±21.69	29.27±3.22	0.415
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			1.000
ใช่	4 (5.9)	64 (94.1)	
ไม่ใช่	1 (4.2)	23 (95.8)	
ปีในการทำงาน	11.60±18.12	3.41±2.97	0.370
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	66.00±33.94	37.47±22.78	0.010*
กรณีที่ 5 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการปวดหลัง			
เพศ			0.296
ชาย	3 (8.3)	33 (91.7)	
หญิง	1 (1.8)	55 (98.2)	
อายุ (mean±SD)	39.00±22.00	39.29±3.22	0.443
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			0.570
ใช่	4 (5.9)	64 (94.1)	
ไม่ใช่	0 (0.0)	24 (100.0)	
ปีในการทำงาน	13.50±20.34	3.42±2.95	0.395
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	55.00±19.90	38.31±24.20	0.179

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3. อัตราการจ่ายยา benzodiazepine โดยแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุ

กรณีศึกษา	จ่ายยา benzodiazepine n (ร้อยละ)	ไม่จ่ายยา benzodiazepine n (ร้อยละ)
ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ	61 (66.3)	31 (33.7)
ภาวะแพนิคในผู้สูงอายุ	43 (46.7)	49 (53.3)
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	23 (25.0)	69 (75.0)
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	5 (5.4)	87 (94.6)
ภาวะปวดหลังในผู้สูงอายุ	4 (4.3)	88 (95.7)

จากแบบสอบถามความเห็นเกี่ยวกับการจ่ายยา benzodiazepine ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าแพทย์ทั่วไป 26 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 คิดว่าตนเองจ่ายยา benzodiazepine มากเกินไปในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีสาเหตุต่าง ๆ ดังรูปที่ 1

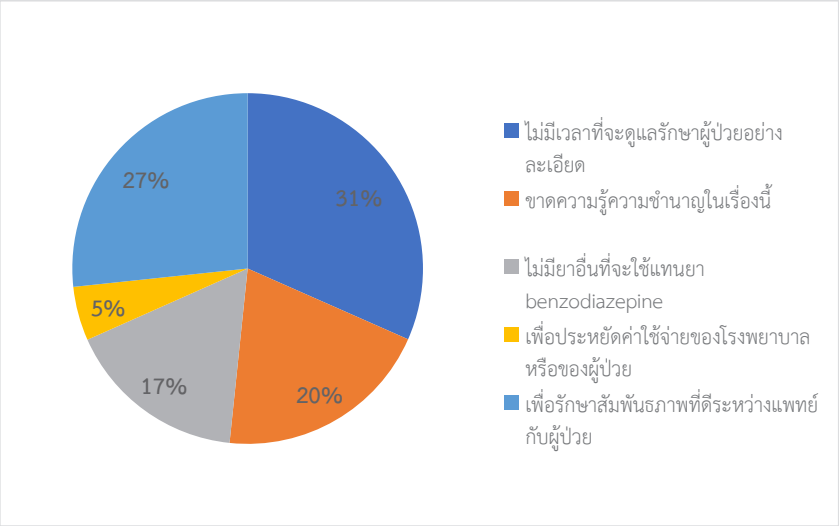
การใช้แหล่งอ้างอิงได้แก่ Beer Criteria STOPP/START Criteria และแนวทางเวชปฏิบัติอื่น ๆ ในการจ่ายยา benzodiazepine พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้แหล่งอ้างอิงดังกล่าวในการจ่ายยา benzodiazepine 57 คน คิดเป็นร้อยละ 62 และไม่ใช้แหล่งอ้างอิง 35 คนคิดเป็นร้อยละ 38

อภิปรายผลการวิจัย

พบว่าอัตราการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 66.3 ภาวะแพนิกในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 46.7 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 23 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5.4 และภาวะปวดหลังในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 4.3 ซึ่งอาจแปลผลได้ว่าแพทย์จ่ายยานี้ตามข้อบ่งชี้ ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะปวดหลังมีแพทย์จำนวนน้อยที่จ่ายยา benzodiazepine อาจเป็นเพราะไม่มีข้อบ่งชี้ในการจ่ายยา ส่วนชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มในการจ่ายยาในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.010) โดยแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานมากจ่ายยา benzodiazepine มากกว่าแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานน้อย ซึ่งส่วนหนึ่งมีการจ่ายยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ อาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานมากจะมีแนวโน้มในการจ่ายยานี้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ได้มากกว่า

ในด้านของปัจจัยที่ทำให้แพทย์ทั่วไปตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ ในการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในประเทศนอร์เวย์[18] ซึ่งเป็นการสำรวจการใช้ยา benzodiazepine ของแพทย์ในผู้ป่วยทุกช่วงอายุ พบว่าแพทย์เพศชายจ่ายยา benzodiazepine แก่ผู้ป่วยทั่วไปมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยนี้ให้ผลแตกต่างโดยพบว่าเพศไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่จ่ายยาและไม่จ่ายยา ซึ่งอาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามามีส่วนในการตัดสินใจ งานวิจัยในประเทศนอร์เวย์[18] พบว่าอายุมีผลต่อการจ่ายยา benzodiazepine โดยกลุ่มตัวอย่างแพทย์มีอายุเฉลี่ย 45 ปี ซึ่งต่างจากรายงานวิจัยนี้ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ยเพียง 29 ปี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบผลที่เหมือนกัน คือ การเรียนต่อเฉพาะทางหรือการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัดสินใจจ่ายยาและไม่จ่ายยา benzodiazepine

การศึกษาโดย Srisurapanont[19] ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล



รูปที่ 1. ความคิดเห็นของสาเหตุที่ทำให้แพทย์ทั่วไปจ่ายยา benzodiazepine มากเกินไปในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

ชุมชนในประเทศไทย พบว่าแพทย์ทั่วไปร้อยละ 45.5 คิดว่าตนเองจ่าย benzodiazepine เกินความจำเป็น ซึ่งแตกต่างกับผลงานวิจัยนี้ซึ่งพบเพียงร้อยละ 28.3 เท่านั้น อาจเป็นเพราะบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความแตกต่างกัน และผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไปที่กำลังศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน การจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในการศึกษานี้พบว่าแพทย์กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62) มีแหล่งอ้างอิงในการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในการจ่ายยาในระดับหนึ่ง แต่มีบางส่วนที่จ่ายยาโดยไม่มีแหล่งอ้างอิง ซึ่งการศึกษาก่อนหน้า[20] พบว่าการมีความรู้ความเข้าใจในการจ่ายยา benzodiazepine ช่วยลดจำนวนครั้งในการจ่ายยานี้โดยไม่จำเป็นได้ โดยการมีความรู้หรือการมีแหล่งอ้างอิงในการจ่ายทำให้แพทย์ทั่วไปมั่นใจในการจ่ายยา benzodiazepine มากขึ้น

อย่างไรก็ตามในการใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจความเห็นการจ่าย benzodiazepine ในผู้สูงอายุ อาจไม่สามารถสะท้อนถึงการจ่ายยาได้ทั้งหมด เพราะมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจจ่ายยา เช่น บริบทของสถานบริการ ภาระงานของแพทย์ ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ในการใช้ยาและความต้องการของผู้สูงอายุเอง

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดและปัญหาในการวิจัยนี้ คือ จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้ตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 และมีการใช้การสุ่มตัวอย่างที่เป็นแบบ convenience sampling ส่วนกลุ่มประชากรของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่กำลังอบรมเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และทำในโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ข้อมูลหรือผลที่ได้อาจไม่ได้เป็นตัวแทนหรือครอบคลุมไปถึงข้อมูลประชากรกลุ่มอื่น ๆ หากมีการศึกษาในภายหน้าอาจจะศึกษาแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับเพื่อให้ได้ภาพสะท้อนของแพทย์ทั่วไปในการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในอนาคต

สำหรับงานวิจัยต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มประชากรแพทย์ทั่วไปในวงกว้างและศึกษาในลักษณะ multicenter เพื่อให้กลุ่มประชากรมีความหลากหลาย และอาจจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยการศึกษา เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปต่อผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2001.
2. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. Drugs. 1994; 48:25-40.
3. Panel BtAGSBCUE. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2019;67:674-94.
4. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015;44:213-8.
5. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. Curr Psychiatry Rep. 2016;18:89.
6. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. Aust Prescr. 2015;38:152-5.
7. Robinson ADT. Benzodiazepines: good practice guidelines for clinicians. Dept. of Health and Children. 2002.
8. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Sirdifield C, Siriwardena AN, Christiaens T. A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments. Scand J Prim Health Care. 2019;37:418-25.
9. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract. 2013;14:191.
10. Vicens C, Leiva A, Bejarano F, Sempere- Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, Fiol F, et al. Evaluation of a multicomponent intervention consisting of educa-

tion and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. PLoS Med. 2022;19(5):e1003983.
11. Xhyljeta L, Christophe B, Mark L, Anne D, Yves E, Marie-Annick Le P, et al. Patterns of benzodiazepine prescription among older adults in Switzerland: a cross-sectional analysis of claims data. BMJ Open. 2020;10(1):e031156.
12. Maust DT, Blow FC, Wiechers IR, Kales HC, Marcus SC. National trends in antidepressant, benzodiazepine, and Other sedative-hypnotic treatment of older adults in psychiatric and primary care. J Clin Psychiatry. 2017;78:e363-e71.
13. Champion C, Kameg BN. Best practices in benzodiazepine prescribing and management in primary care. Nurse Pract. 2021;46:30-6.
14. Agarwal SD, Landon BE. Patterns in outpatient benzodiazepine prescribing in the United States. JAMA Netw Open. 2019;2:e187399-e.
15. Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu JB. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. J Am Geriatr Soc. 2001;49:1341-5.
16. Prueksaritanond S TS, Pumkompol T, Sukying C. Psychotropic drug prescribing in the Family Medicine Out-Patient Clinic, Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai. 2009;92:266-72.
17. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. New York: John Wiley and Sons; 1995.
18. Bjørner T, Lærum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. Scand J Prim Health. 2003;21:115-20.
19. Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. Bmc Fam Pract. 2005;6:27.
20. Fernández Alvarez T, Gómez Castro MJ, Baides Morente C, Martínez Fernández J. [Factors that affect the prescription of benzodiazepines and actions to improve their use: a Delphi study of primary care doctors]. Aten Primaria. 2002;30:297-303.

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 218-227.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงราย ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

กนกฉัตร กาญจนนิตย์, พบ.

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ผู้รับผิดชอบบทความ:
กนกฉัตร กาญจนนิตย์, พบ., โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย 57170, ประเทศไทย
Email: kanokchat.kan@gmailcom

Received: March 29, 2022;
Revised: May 31, 2022;
Accepted: July 4, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จัดเป็นการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจครั้งใหญ่ที่ระบาดทั่วโลก ส่งผลต่อประชาชนทุกเพศทุกวัย ทั่วโลก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลกรับภาระหนักในการควบคุมสถานการณ์ในช่วงตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียดและความกังวลในขณะที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากการระบาดยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางด้านสภาพจิตใจได้อย่างเหมาะสม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงรายที่ปฏิบัติงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงระหว่าง 27 มกราคม ถึง 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยจากงาน ด้านความกังวลโควิด และด้านความกังวลสุขภาพจิต (GHQ28 : General Health Questionnaire 28 โดยเก็บข้อมูลด้วยการแจกแบบสอบถามและหาค่าความชุกของบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตและใช้สถิติถดถอยพหุเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

ผลการศึกษา: พบว่าความชุกของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 31 คน จาก 237 คน คิดเป็นร้อยละ 13 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพพยาบาล (crude OR; 95%CI = 2.60 (1.05, 6.41), p = 0.04) การมีภาระครอบครัวมาก (adjusted OR (95%CI) = 13.22 (2.63, 66.29), p < 0.01) ที่อยู่อาศัยครอบครัวมีเด็กและผู้สูงอายุ (adjusted OR (95%CI) = 0.18 (0.04,0.65), p < 0.01) อายุการทำงาน (adjusted OR = 1.08, p= 0.04) ในส่วนของความกังวลต่อโรคโควิด-19 มีความกังวลว่าอาจติดโรคโควิด 19 มากที่สุดคือ ร้อยละ 46.41 รองลงมา คือ มีความกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 45.57

สรุป: พบปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด 19 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย จึงควรมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางด้านสภาพจิตใจได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต บุคลากรทางการแพทย์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 218-227.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Associated Factors of Mental Health Problems on Healthcare Workers at Wiang Pa Pao Hospital in Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak

Kanokchat Kanchananit, MD.

Wiang Pa Pao Hospital, Chiang Ra, Thailand

Corresponding author :

Kanokchat Kanchananit, MD., Wiang Pa Pao Hospital, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai 57170, Thailand
Email: kanokchat.kan@gmailcom

Received: March 29, 2022;
Revised: May 31, 2022;
Accepted: July 4, 2023

ABSTRACT

Background: The Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak affected most populations in the world, especially healthcare workers who have continually performed their duties since 2019. For this reason, healthcare workers tended to have increased mental health problems. Therefore, healthcare workers should be properly evaluated for mental health and stress.

Methods: A cross-sectional descriptive study included all healthcare workers who worked during the COVID-19 outbreak at Wiang Pa Pao Hospital. From January 27-February 4 a demographic, worry about COVID-19, General Health Questionnaire (GHQ-28) was given to health-care workers. Regression analysis was performed with demographic and worked-related factors as the independent variables with the score of GHQ in each part as a dependent variable.

Results: The results showed that 31 of 237 (13%) healthcare workers who worked during COVID-19 Outbreak at Wiang Pa Pao Hospital described mental health problems. The factors which statistically related to mental health problems were nurse (crude OR; 95% CI = 2.60 (1.05, 6.41), p = 0.04), family burden (adjusted OR (95% CI) = 13.22 (2.63, 66.29), p < 0.01), child/elder in family (adjusted OR (95% CI) = 0.18 (0.04,0.65), p < 0.01), work age (adjusted OR = 1.08, p = 0.04). Regarding worries about COVID-19; self-infection 46.41% and insufficient COVID-19 protection equipment 45.57% were significant concerns.

Conclusion: Mental health and factors related to mental health problems of healthcare workers who worked during the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak should be evaluated and addressed.

Keywords: mental health problems, healthcare workers, Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)

บทนำ

การเกิดขึ้นของไวรัสโคโรนา 2019 สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากไวรัสจากสัตว์ตัวกลางระบาดมาสู่คน เชื่อมโยงกับตลาดต้องสงสัยในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้นได้มีการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมในตลาดไปส่งตรวจและพบเชื้อไวรัส และพบมากที่สุดในบริเวณที่ค้าสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม จึงสันนิษฐานว่าตลาดอาจเป็นต้นกำเนิดของไวรัสหรืออาจมีบทบาทในการขยายวงของการระบาดในระยะเริ่มแรก[1]

การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลกมากขึ้น โดยในที่สุดเมื่อวันที่ 11 มีนาคม ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ประกาศว่าโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)[2]

สำหรับการระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยนั้น ในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขยืนยันพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยครั้งแรก เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน อายุ 61 ปี เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น หลังจากนั้นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการระบาดเป็นวงกว้างทั่วประเทศไทย ซึ่งเป็นปัญหาที่กระทบทั้งทางสุขภาพกาย เศรษฐกิจและสังคม มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพของทุกคนในสังคม

ในช่วงอุบัติการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยและร่วมเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อ ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ภาระงานที่หนักมากขึ้น การขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น การขาดแคลนยาที่ใช้รักษา[3] ความกลัวที่จะต้องพบผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ความรู้สึกผิดโดยกังวลว่าจะนำเชื้อไปแพร่ให้คนในครอบครัว[4]

จากข้อมูลจากสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายล่าสุด 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ยอดผู้ติดเชื้อโควิด 19 สะสมของจังหวัดเชียงรายเป็นจำนวน 1,542 คน เสียชีวิต 21 คน ในส่วนของอำเภอเวียงป่าเป้า ยอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 48 คน รักษาหาย 41 คน เสียชีวิต 1 คน กำลังรักษา 6 คน[5]

อำเภอเวียงป่าเป้าเป็นอำเภอที่มีเส้นทางติดต่อกับหลายจังหวัดและเป็นอำเภอทางผ่าน มีเขตติดต่อกับจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ทำให้เป็นโรงพยาบาลที่ต้องรองรับดูแลผู้ป่วยทั้งประชากรในอำเภอเวียงป่าเป้าและผู้ป่วยจากจังหวัดอื่น ๆ ข้างเคียง โดยเฉพาะในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้โรงพยาบาลเวียงป่าเป้ามีโอกาสที่จะได้รับการรักษาผู้ป่วยจากหลายแหล่ง

ด้วยเหตุผลข้างต้น บุคลากรทางการแพทย์จึงอาจมีความเครียดที่อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตได้ ทางผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อเป็นการคัดกรองบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงในการมีปัญหาสุขภาพจิตและวางแนวทางการป้องกันให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

วัสดุและวิธีการ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงรายในช่วงระหว่างวันที่ 27 มกราคม ถึง 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- ลาออก
- เสียชีวิต
- ลาคลอดบุตร
- ลาศึกษาต่อระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
- มีภาวะป่วยทางจิตที่มีประวัติการรักษา
- มีประวัติเคยติดเชื้อโควิด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่ม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด เพื่อพิสูจน์สมมติฐานโดยอ้างอิงค่าความชุกภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์[6] เท่ากับร้อยละ 9.8 และค่าความชุกภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับร้อยละ 24 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 44 คน ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าทั้งหมดจำนวน 290 คน ซึ่งเพียงพอต่อการพิสูจน์สมมติฐาน

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยทำการประเมินบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายที่ปฏิบัติงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบ ด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยจากงาน 3) ด้านความกังวลต่อโรคโควิด-197 4) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-288 (General Health Questionnaire 28) เป็นการประเมิน 4 กลุ่ม

1. อาการทางกาย (somatic symptoms)
2. อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia)
3. ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction)
4. อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)

นำไปวิเคราะห์ความชุกและปัจจัยของปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายที่ปฏิบัติงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Thai GHQ-28 ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป) จะถูกส่งต่อปรึกษาแผนกจิตเวชเพื่อการดูแลที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลพื้นฐาน (demographic characteristics) ที่เป็นข้อมูลชนิดแบ่งกลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ภาระครอบครัวที่อยู่อาศัย โรคประจำตัวทางกาย ข้อมูลด้านการทำงาน ได้แก่ อายุการทำงาน สาขาอาชีพ ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง รายงานด้วยสถิติ แจกแจงความถี่และร้อยละ ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยสถิติ Chi-square test

ข้อมูลชนิดค่าต่อเนื่อง Variable data ได้แก่ อายุ อายุการทำงาน รายงานด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean, SD) ในกรณีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยสถิติ Independence T-Test ส่วนในกรณีการกระจายข้อมูลไม่ปกติ นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าควอไทล์ที่ 1-3 (Q1-Q3) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยสถิติ Ranksum Test

ความชุกของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต นำเสนอผลสถิติโดยใช้ค่าร้อยละ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ด้วยสถิติ simple logistic regression รายงานความสัมพันธ์โดยค่า crude odds ratio (95% CI, p-value) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ แบบหลายตัวแปร ด้วยสถิติ multivariable logistic regression รายงานความสัมพันธ์โดยค่า adjusted OR (95% CI, p-value) และทำการลดทอนอิทธิพลของตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยวิธี Backward elimination method เพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ STATA version 16 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ผลการศึกษา

บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ตอบแบบสอบถาม 237 คน จาก 290 คน คิดเป็นร้อยละ 81.72 เป็นเพศชาย 60 คน (ร้อยละ 25.32) หญิง 177 คน (ร้อยละ74.68) มีอายุเฉลี่ย 36.94 ปี สถานภาพสมรสโสด, สมรส (ร้อยละ 54.01) และหม้าย (ร้อยละ 4.22) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 55.70) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 7.17) ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ (ร้อยละ 52.32) ไม่เพียงพอ

(ร้อยละ 47.68) ภาระครอบครัว ภาระน้อย ภาระปานกลาง (ร้อยละ 60.76) และภาระมาก (ร้อยละ 27.43) ที่อยู่อาศัย ไม่ได้อยู่กับครอบครัว ครอบครัวมีเด็กและผู้สูงอายุ (ร้อยละ 71.73) และครอบครัวไม่มีเด็กและผู้สูงอายุ (ร้อยละ 17.72) มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 29.11

กลุ่มตัวอย่าง (n=237 คน) แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (GHQ<6) จำนวน 206 คน (ร้อยละ 86.92) และ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต (GHQ≥6) (ร้อยละ 13.08) จำนวน 31 คน โดยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต (GHQ ≥ 6) พบว่า เป็นเพศชาย 8 คน (ร้อยละ 13.33) เพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 12.99) อายุเฉลี่ย 34.09 ปี สถานภาพสมรส โสด 12 คน (ร้อยละ12.12) สมรส 18 คน (ร้อยละ 14.06) และหม้าย 1 คน (ร้อยละ 10.00) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 9 คน (ร้อยละ 10.23) ปริญญาตรี 19 คน (ร้อยละ14.39) และสูงกว่าปริญญาตรี 3 คน (ร้อยละ 17.65) ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ 95 คน (ร้อยละ 84.07) ไม่เพียงพอ 18 คน (ร้อยละ 15.93) ภาระครอบครัว ภาระน้อย 3 คน (ร้อยละ 10.71), ภาระปานกลาง 9 คน (ร้อยละ 6.25) และภาระมาก 19 คน (ร้อยละ 29.23) ($p < 0.01$) ที่อยู่อาศัย ไม่ได้อยู่กับครอบครัว 6 คน (ร้อยละ 24.00), ครอบครัวมีเด็กและผู้สูงอายุ 21 คน (ร้อยละ 12.35) และ ครอบครัวไม่มีเด็กและผู้สูงอายุ 4 คน (ร้อยละ 9.52) มีโรคประจำตัวทางกาย 8 คน (ร้อยละ 11.59) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย 23

ตารางที่ 1. ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (237 คน)	กลุ่ม GHQ < 6 (206 คน)	กลุ่ม GHQ ≥ 6 (31 คน)	
เพศ				0.95*
ชาย	60 (25.32)	52 (86.67)	8 (13.33)	
หญิง	177 (74.68)	154 (87.01)	23 (12.99)	
อายุ (ปี), mean (±SD)	36.94±10.37	37.36±10.49	34.09±9.16	0.10**
สถานภาพสมรส				
โสด	99 (41.77)	87 (87.88)	12 (12.12)	0.87*
สมรส	128 (54.01)	110 (85.94)	18 (14.06)	
หม้าย	10 (4.22)	9 (90.00)	1 (10.00)	
ระดับการศึกษา				0.57*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	88 (37.13)	79 (89.77)	9 (10.23)	
ปริญญาตรี	132 (55.70)	113 (85.61)	19 (14.39)	
สูงกว่าปริญญาตรี	17 (7.17)	14 (82.35)	3 (17.65)	
ความเพียงพอของรายได้				0.21*
เพียงพอ	124 (52.32)	111 (89.52)	95 (84.07)	
ไม่เพียงพอ	113 (47.68)	13 (10.48)	18 (15.93)	
ภาระครอบครัว				< 0.01*
ภาระน้อย	28 (11.81)	25 (89.29)	3 (10.71)	
ภาระปานกลาง	144 (60.76)	135 (93.75)	9 (6.25)	
ภาระมาก	65 (27.43)	46 (70.77)	19 (29.23)	
ที่อยู่อาศัย				0.20*
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	25 (10.55)	19 (76.00)	6 (24.00)	
ครอบครัว (มีเด็กและผู้สูงอายุ)	170 (71.73)	149 (87.65)	21 (12.35)	
ครอบครัว (ไม่มีเด็กและผู้สูงอายุ)	42 (17.72)	38 (90.48)	4 (9.52)	
โรคประจำตัวทางกาย				0.66*
ไม่มี	168 (70.89)	145 (86.31)	23 (13.69)	
มี	69 (29.11)	61(88.41)	8 (11.59)	

ตารางที่ 2. ข้อมูลปัจจัยด้านงาน

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (237 คน)	กลุ่ม GHQ < 6 (206 คน)	กลุ่ม GHQ ≥ 6 (31 คน)	
อายุการทำงาน, mean (±SD)	11.12±10.08	11.26±10.07	10.22±10.22	0.59**
สาขาอาชีพ				
แพทย์/ทันตแพทย์	18 (7.59)	16 (88.89)	2 (11.11)	0.14*
พยาบาล	69 (29.11)	55 (79.71)	14 (20.29)	
ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้	30 (12.66)	28 (93.33)	2 (6.67)	
เภสัชกร/พนักงานประจำห้องยา	19 (8.02)	15 (78.95)	4 (21.05)	
หน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ	101 (42.62)	92 (91.09)	9 (8.91)	
ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง				
ไม่ใช่	143 (60.34)	128 (89.51)	15 (10.49)	0.15*
ใช่	94 (39.66)	78 (82.98)	16 (17.02)	

*Chi-squared test; **T-test; GHQ, General Health Questionnaire

ตารางที่ 3. ข้อมูลด้านความกังวลต่อโรคโควิด 19 (n=237)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่กังวล	ค่อนข้างไม่กังวล	ไม่แน่ใจ	กังวล	กังวลอย่างมาก
1. คุณมีความกังวลว่าอาจจะติดโรคโควิด 19	15.61	17.30	15.61	46.41	5.06
2. คุณมีความกังวลว่าครอบครัวของคุณอาจจะติดโรคโควิด 19 จากคุณ	11.81	18.14	10.97	42.19	16.88
3. คุณมีความกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	17.30	24.05	13.50	40.93	4.22
4. คุณมีความกังวลเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานที่อยู่ด่านหน้าที่ต้องทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยอาจจะติดโรคโควิด 19	10.97	22.36	18.14	41.35	7.17
5. คุณมีความกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ	11.81	16.46	10.97	45.57	15.19
6. คุณมีความกังวลเกี่ยวกับมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19	10.97	21.94	13.92	43.46	9.70

คน (ร้อยละ 13.69)

ข้อมูลปัจจัยด้านงาน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 237 คน พบว่ามีกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต (GHQ ≥ 6) จำนวน 31 คน อายุการทำงาน 10.22 ปี อาชีพพยาบาล 14 คน (ร้อยละ 20.29) หน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ 9 คน (ร้อยละ 8.91) แพทย์/ทันตแพทย์ 2 คน (ร้อยละ 11.11) เภสัชกร/พนักงานประจำห้องยา 4 คน (ร้อยละ 21.05) ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน (ร้อยละ 6.67) ผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง 15 คน (ร้อยละ 10.49)

ด้านความกังวลต่อโรคโควิด 19 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 237 คน มีความกังวลว่าอาจจะติดโรคโควิด 19 อยู่ในระดับกังวล ร้อยละ 46.41 มีความกังวลว่าครอบครัวอาจติดโรคโควิด 19 จากตนเองอยู่ในระดับกังวล ร้อยละ 42.19 มีความกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในระดับกังวล ร้อยละ 40.93 มีความกังวลเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานที่อยู่ด่านหน้าที่ต้องทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยอาจจะติดโรคโควิด-19 อยู่ในระดับ

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์โควิด19 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ simple logistic regression และ multivariable logistic regression analysis

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ ชาย	1.03 (0.43,2.44)	0.95	1.13 (0 .36, 3.57)	0.83
อายุ (ปี)	0.97 (0.93, 1.01)	0.10	0.87 (0.77,0.97)	0.02*
สถานภาพสมรส				
โสด	Reference			
สมรส	1.18 (0.54, 2.59)	0.67	2.53 (0.87, 7.35)	0.09
หม้าย	0.81 (0.09, 6.93)	0.84	2.19 (0.13, 35.10)	0.58
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Reference			
ปริญญาตรี	1.47 (0. .63, 3.43)	0.37	1.28 (0.35, 4.56)	0.71
สูงกว่าปริญญาตรี	1.88 (0.45, 7.82)	0.39	2.13(0 .25, 17.94)	0.48
ความไม่เพียงพอของรายได้	1.61 (0 .75, 3.47)	0.22	1.67 (0.57, 4.89)	0.34
ภาระครอบครัว				
ภาระน้อย	Reference			
ภาระปานกลาง	0.55 (0.14, 2.19)	0.40	0.98 (0.19, 5.14)	0.99
ภาระมาก	3.44(0 .93, 12.77)	0.06	9.58 (1.50, 61.15)	0.02*
ที่อยู่อาศัย				
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	Reference			
ครอบครัว (มีเด็กและผู้สูงอายุ)	0.45 (0 .16, 1.24)	0.12	0.16 (0 .04,0.65)	0.01*
ครอบครัว (ไม่มีเด็กและผู้สูงอายุ)	0.33 (0.08, 1.32)	0.12	0 .18 (0.03, 1.04)	0.05*
การมีโรคประจำตัวทางกาย	0.83 (0.35, 1.95)	0.66	0.77 (0 .24, 2.45)	0.66
อายุการทำงาน (ปี)	0 .99(0 .95, 1.02)	0.59	1.07 (0.97, 1.19)	0.16
สาขาอาชีพ				
หน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ	Reference			
เภสัชกร/พนักงานประจำห้องยา	2.72 (0.74, 9.98)	0.13	1.97 (0.37, 10.55)	0.43
ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้	0.73 (0 .15, 3.57)	0.69	0.43 (0.06, 2.98)	0.39
พยาบาล	2.60 (1.05, 6.41)	0.04*	1.42 (0.31, 6.34)	0.64
แพทย์/ทันตแพทย์	1.28 (0.25, 6.47)	0.77	0.78 (0 .07, 8.60)	0.84
ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยตรง	1.75 (0.82, 3.74)	0.15	1.27 (0.39, 4.06)	0.69

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

กังวล ร้อยละ 41.35 มีความกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ อยู่ในระดับกังวล ร้อยละ 45.57 และ มีความกังวลเกี่ยวกับมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อยู่ในระดับกังวล ร้อยละ 43.46

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการใช้ simple logistic regression analysis เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ มีเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความไม่เพียงพอของรายได้ ภาระครอบครัว ที่อยู่อาศัย การมีโรคประจำตัวทางกาย อายุการทำงาน สาขาอาชีพ การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง พบว่ามีปัจจัยที่มีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพพยาบาล (crude OR; 95%CI = 2.60 (1.05, 6.41), p = 0.04)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ แบบหลายตัวแปร ด้วยวิธีวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (adjusted OR (95%CI) = 0.87 (0.77,0.97), p = 0.02) ภาระครอบครัวมาก (adjusted OR (95%CI) = 9.58 (1.50, 61.15), p = 0.02) ที่อยู่อาศัย ครอบครัวมีเด็กและผู้สูงอายุ (adjusted OR (95%CI)= 0.16 (0.03, 1.04), p = 0.01) ครอบครัว

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์โควิด 19 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ multivariable logistic regression analysis โดยกำจัดอิทธิพลของตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยวิธี Backward elimination method คงเหลือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังต่อไปนี้

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ ชาย	0.88 (0 .80,0 .96)	< 0.01*
ภาระครอบครัว		
ภาระน้อย	Reference	
ภาระปานกลาง	1.15 (0 .25, 5.14)	0.84
ภาระมาก	13.22 (2.63, 66.29)	< 0.01*
ที่อยู่อาศัย		
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	Reference	
ครอบครัว (มีเด็กและผู้สูงอายุ)	0.18 (0.04,0.65)	< 0.01*
ครอบครัว (ไม่มีเด็กและผู้สูงอายุ)	0.24 (0.05, 1.15)	0.07
อายุการทำงาน (ปี)	1.08 (1.00, 1.18)	0.04*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ไม่มีเด็กและผู้สูงอายุ (adjusted OR (95%CI)=0 .18 (0.03, 1.04), p=0.05)

เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี backward elimination regression procedure เพื่อกำจัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะเหลือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศชาย (adjusted OR (95%CI) = 0.88 (0 .80,0 .96), p < 0.01) ภาระครอบครัวมาก (adjusted OR (95%CI)= 13.22 (2.63, 66.29), p < 0.01) ที่อยู่อาศัยครอบครัวมีเด็กและผู้สูงอายุ (adjusted OR (95%CI) = 0.18 (0.04, 0.65), p < 0.01) อายุการทำงาน (adjusted OR = 1.08, p = 0.04)

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงราย ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 13 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ วิศิษฎ์ เนติโรจนกุล[9] ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 พบว่า มีความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ ชลอวัฒน์ อินปา และ พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ[10] ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า ในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเครียดในระดับสูงและรุนแรง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 19.05) จากนั้นทำการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 คน (ร้อยละ 56.25) แต่มีค่าความชุกน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Yao Y และคณะ[11] ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาทางสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (GHQ-12 ≥3) ร้อยละ 61.1

งานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพพยาบาล (crude OR; 95%CI = 2.60 (1.05, 6.41), p = 0.04) ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Yao และคณะ[11] ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาทางสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 61.3 (p < 0.001) อาจเนื่องจากพยาบาลเป็นกลุ่มอาชีพแรกที่ต้องเจอผู้ป่วย ซึ่งไม่อาจทราบได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีประวัติเสี่ยงโรคโควิด 19 มากน้อยเพียงใด แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ พบว่ามีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นจึงทำให้อาชีพพยาบาล เป็นปัจจัยที่ทำให้มีค่านัยสำคัญทางสถิติได้

จากผลการศึกษาของงานวิจัยพบว่าเมื่อกำจัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะเหลือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศชาย (adjusted OR (95%CI) = 0.88 (0 .80, 0.96), p < 0.01) ภาระครอบครัวมาก (adjusted OR (95%CI) = 13.22 (2.63, 66.29), p < 0.01) ที่อยู่อาศัยครอบครัวมีเด็กและผู้สูงอายุ (adjusted OR (95%CI) = 0.18 (0.04, 0.65), p < 0.01) อายุการทำงาน (adjusted OR = 1.08, p = 0.04) โดยการที่ปัจจัยเรื่องภาระครอบครัวมาก เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญทางสถิติ โดยมี confidence interval ที่กว้าง อาจเนื่องมาจากประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลว่าอาจจะติดโรคโควิด 19 มากที่สุดคือ ร้อยละ 46.41 รองลงมา คือ มีความกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 45.57 มีความกังวลเกี่ยวกับมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร้อยละ 43.46 และมีความกังวลว่าครอบครัวอาจติดโรคโควิด 19 จากตนเอง ร้อยละ 42.19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dai และคณะ[7] ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกังวลต่อการติดเชื้อของครอบครัว ร้อยละ 63.9 และความเพียงพอของมาตรการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 52.3

วิจารณ์

เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางช่วงระหว่างวันที่ 27 มกราคม ถึง 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง ถือว่าการศึกษาครั้งนี้มีความทันสมัยต่อเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคใหม่ที่เกิดขึ้นในโลก จึงเป็นที่สนใจและตื่นตัวของวงการสาธารณสุขอย่างมาก การได้เก็บข้อมูลวิจัยเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์นั้นจึงเป็นได้รับความสนใจและมีผลตอบรับที่ดี เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น เพื่อต้องการให้การศึกษาวิจัยนี้เป็นส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยอาจเป็นช่วงที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มปรับตัวกับสถานการณ์ได้ดีขึ้นในระดับหนึ่ง หากได้ทำการศึกษาวิจัยในระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกแรกหรือระลอกใหม่ที่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น หรือมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าต้องทำหน้าที่มากขึ้นอาจทำให้ค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตที่ได้มีค่าแตกต่างออกไป

ในส่วนของแบบสอบถามเรื่องการประเมินภาระครอบครัว น้อย/ปานกลาง/มาก เป็นการประเมินสอบถามจากความรู้สึกของแต่ละบุคคล ไม่ได้มีเครื่องมือในการประเมินที่มีเกณฑ์ชัดเจน ซึ่งแต่ละคนจะมีการประเมินตามความรู้สึกที่แตกต่างกันอาจทำให้ข้อมูลด้านการประเมินภาระครอบครัวอาจยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนในด้านความเข้าใจนิยามที่ตรงกัน จึงอาจยังไม่สามารถนำข้อมูลที่พบว่าปัจจัยภาระครอบครัวมากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตได้ และในการวิจัยครั้งต่อไปอาจต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเพื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้นเพื่อเปรียบเทียบกับช่วงที่มีการปรับตัวกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเนื่องจากความเครียดของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์จึงควรมีการเก็บการศึกษาหลายครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น และเพื่อร่วมค้นหาปัญหาที่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ลดความชุกการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยนี้พบว่าความชุกของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 13 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพพยาบาล การมีภาระครอบครัวมาก

และการอยู่อาศัยกับครอบครัวที่มีเด็กและผู้สูงอายุ ในส่วนของความกังวลต่อโรคโควิด 19 นั้น บุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลว่าอาจจะติดโรคโควิด 19 มากที่สุด มีความกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ, มีความกังวลเกี่ยวกับมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 และมีความกังวลว่าครอบครัวอาจจะติดโรคโควิด 19 จากตนเอง ตามลำดับ

จากผลการศึกษาวิจัยนี้ที่พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 13 ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จะต้องมีการประเมินสุขภาพจิต ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากโดยพื้นฐาน ปัญหาสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลมีเป็นทุนอยู่เดิม แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล แต่เมื่อประกอบกับการปฏิบัติหน้าที่ช่วงระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้มีความเครียดเกิดขึ้นและเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยทางผู้จัดทำได้ทำการส่งต่อข้อมูลความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ให้กับฝ่ายจิตเวชของโรงพยาบาลเพื่อทำการประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนี้จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า พยาบาลเป็นอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่เป็นด่านหน้าซึ่งมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่สามารถทราบได้ว่า ผู้ป่วยที่สัมผัสนั้นติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในด้านการประเมินสุขภาพจิต ของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และร่วมกับผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลว่าอาจติดโรคโควิด 19 มีความกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ มีความกังวลเกี่ยวกับมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จากข้อมูลดังกล่าว สามารถใช้ข้อมูลที่ได้เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลสร้างมาตรการการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เพิ่มการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันให้เพียงพอ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจได้มากขึ้นว่า หากปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่แล้วจะมีการดูแลจากทางโรงพยาบาลในการดูแลป้องกันโรคได้อย่างเต็มที่เช่นกัน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและสร้างความรู้สึกปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Who.int. 2020 [online]. [cited 2021 July 24]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know---june2020---thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0>
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed. 2020;91:157-60. doi: 10.23750/abm.v91i1.9397
3. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
4. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. Sustainability [Internet]. [cited 2021 July 24] 2020;12(9):3834. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/su12093834
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก http://cro.moph.go.th/moph/index.php
6. ศิริพร จอมมงคล. ระดับความเครียดและความชุกของโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขุนตาลอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2564;13:72-89.
7. Yuhong D, Guangyuan H, Huihua X, Hong Q, Xianglin Y. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv 2020.03.03.20030874. doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874
8. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionaire. J Psychiatr Assoc Thai. 1996;41:2-17.
9. วิศิษฏ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39:616-27.
10. ชลอวัฒน์ อินปา. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชในช่วงการแพร่ระบาดโรค COVID-19. เชียงรายเวชสาร. 2564;13:153-65.
11. Yao Y, Tian Y, Zhou J, Diao X, Cao B, Pan S, et al. Psychological status and influencing factors of hospital medical staff during the COVID-19 outbreak. Front Psychol. 2020;11:1841-6.

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 228-239.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟนกับโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

ธนพงษ์ สื่อสัตรัตน์, พบ., แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ธนพงษ์ สื่อสัตรัตน์, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
อ.เมืองนครราชสีมา
จ.นครราชสีมา 30000,
ประเทศไทย
Email: tanapongkub17@hotmail.com

Received: November 17, 2022;
Revised: December 14, 2022
Accepted: January 24, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: การศึกษาในโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ พบว่าปัญหาการใช้สื่อในเด็กมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น แต่มีเพียงบางส่วนที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้สมาร์ตโฟน ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: นักเรียนชั้น ป.4-ป.6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครราชสีมา โดยสอบถามข้อมูลส่วนตัวของนักเรียนและผู้ปกครอง ประเมินพฤติกรรมการเสพติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้นภาษาไทย (SAS-SV-TH) และประเมินโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) สำหรับครูและผู้ปกครอง เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับโรคสมาธิสั้นโดยสถิติแบบถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วม 144 ราย พบมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นได้แก่ เพศหญิง (adjusted OR = 0.148, 95%CI: 0.056-0.392) ระดับชั้นการศึกษา ป.5 (adjusted OR = 0.264, 95%CI: 0.072-0.960) การนอนรวมกับบิดา/มารดา (adjusted OR = 0.267, 95%CI: 0.073-0.977) การใช้เกมส์ออนไลน์ (adjusted OR = 0.333, 95%CI: 0.132-0.838) และการมีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน (adjusted OR = 0.352, 95%CI: 0.126-0.982) ส่วนปัจจัยหลักการติดสมาร์ตโฟนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: การติดสมาร์ตโฟนพบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัยมีความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่เพศหญิง ระดับชั้นการศึกษา ป.5 การนอนรวมกับบิดา/มารดา การใช้เกมส์ออนไลน์ และการมีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน เป็นปัจจัยที่ควรเฝ้าระวังความเสี่ยงในโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียน และเป็นปัจจัยในการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น พฤติกรรมติดสมาร์ตโฟน นักเรียนชั้นประถมปลาย เทศบาลนครนครราชสีมา

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 228-239.

ORIGINAL ARTICLE

The Relationship Between Smartphone Addiction and ADHD Among School Age Children in a Nakhon Ratchasima Municipality Area School

Tanapong Suesattarat, MD., 3rd Family Medicine Resident

Department of Social Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

Corresponding author :
Tanapong Suesattarat, MD., Department of Social Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand
Email: tanapongkub17@hotmail.com

Received: November 17, 2022;
Revised: December 14, 2022;
Accepted: January 24, 2023

ABSTRACT

Background: Almost all of the studies of ADHD found that media use was associated with ADHD in children. Few studies focus on smartphone use problems in this era of smartphones.

Design: Analytical cross-sectional study.

Methods: Data were collected from grade 4-6 students in a primary school in the Nakhon Ratchasima Municipality area. A questionnaire was utilized for retrieving information on personal data for children and parents, Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version for children and ADHD test Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) for parents and teachers. Data were analyzed using multiple linear regression analysis.

Results: One hundred and forty-four students participated in this study. Factors associated with ADHD were female sex (adjusted OR = 0.148, 95%CI: 0.056-0.392), and 5th grade primary school education (adjusted OR = 0.264, 95% CI: 0.072).-0.960), online gaming use (adjusted OR = 0.333, 95% CI: 0.132-0.838), having restricted smartphone use (adjusted OR = 0.352, 95% CI: 0.126-0.982), and sleeping in a home with their father/mother (adjusted OR = 0.267, 95% CI: 0.073-0.977).

Conclusion: Smartphone addiction was found to have no significant differences. Significant factors are female sex, 5th grade primary school education , online gaming use, having restricted smartphone use, and sleeping in a home with their father/mother. These should be monitored for preventing the risk of ADHD in students and require further study.

Keywords: ADHD smartphone addiction, primary school Nakhon Ratchasima, municipality area

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) คือ ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งสถานการณ์โรคสมาธิสั้นเด็กทั่วโลกจากข้อมูลขององค์กรอนามัยโลก[1] (WHO) ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้นของวัยเด็ก (อายุ < 18 ปี) ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2.2 และยังมีข้อมูลอีกว่ามีโอกาสที่โรคจะเป็นต่อเนื่องจนถึงผู้ใหญ่อีกเกือบร้อยละ 50[2] ของรายที่เป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก

ในประเทศไทยพบว่าค่าเฉลี่ยของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5 ตามข้อมูลของความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยปี พ.ศ. 2541 และร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2555[3] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในส่วนของเขตสุขภาพเขต 9 ซึ่งประกอบไปด้วย 4 จังหวัดคือ นครราชสีมา ชัยภูมิ สุรินทร์ และบุรีรัมย์ มีตัวเลขประมาณการความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กอยู่ที่ร้อยละ 5.4[4] คาดว่าทั้งเขตสุขภาพที่ 9 จะมีเด็กป่วยประมาณ 43,210 ราย แต่เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15

ปัจจัยที่มีการศึกษาพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้น คือ ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ของมารดา ภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย การได้รับสารโลหะหนัก โดยเฉพาะสารตะกั่ว[5]

ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เลยคือสื่อสังคมออนไลน์ที่ซึ่งเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการเลี้ยงดูเด็กไทย การศึกษาความชุกของการติดสื่อสังคมออนไลน์ในเด็กนักเรียนมัธยมตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ร้อยละ 17.6[6] และในงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร[7] ยังพบอีกว่าร้อยละ 32 ของเด็กไทยวัย 0-2 ปี มีการใช้แท็บเล็ตและสมาร์ตโฟน ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่บ่งบอกไปในทางที่การใช้สื่อในเด็กนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น เช่น การศึกษาของ Nikkelen และคณะ[8] ที่พบว่าการใช้สื่อ (media use) กับโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับในเชิงบวก (positive correlation) โดยสื่อหลักอย่างสมาร์ตโฟนที่มีการใช้ในยุคนี้มีการศึกษาปัจจัยนี้ที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นนั้นอยู่ค่อนข้างจำกัด

ทางผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา เนื่องจากมีโอกาสที่ช่วงวัยประถมปลายเป็นวัยที่มีโอกาสที่จะได้ใช้งานสมาร์ตโฟนมากกว่านักเรียนชั้นประถมต้น และปัญหาเรื่องความเข้าใจในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้นฉบับภาษาไทย (SAS-SV-TH) ที่เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยตัวผู้เข้าร่วมวิจัย (self-questionnaire) โดยนักเรียนชั้นประถมปลายอาจมีความเข้าใจทางภาษาได้ดีกว่า

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนกับโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นและปัจจัยส่วนตัวอื่น ๆ ของนักเรียนชั้นประถมปลาย และผู้ปกครอง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

ประชากรเป้าหมายที่ทำการศึกษา

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา อายุ 9-14 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. นักเรียนประถมปลายผู้เข้าร่วมวิจัย อายุ 9-14 ปี
2. ผู้ปกครองของนักเรียนที่เข้าร่วมวิจัย เข้าใจและสะดวกในการตอบแบบสอบถาม
3. ครูประจำชั้นของห้องเรียนที่ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกาย (organic mental disorders) กลุ่มโรคจิต (psychotic disorders) กลุ่มโรคทางอารมณ์ (mood disorders) กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorder) กลุ่มโรคบุคลิกภาพ

แปรปรวน (personality disorders) และกลุ่มพัฒนาการช้าอื่น ได้แก่ delayed development, Down's syndrome

2. กลุ่มที่มีประวัติ ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ของมารดา ภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย การได้รับสารโลหะหนัก โดยเฉพาะสารตะกั่ว (ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้น[5])

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการวิจัยแบบทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent samples)

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 p(1-p)}{(p_1 - p_2)^2}$$

โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด ($Z_{\alpha/2}$) ที่ 0.05 = 1.96 ; two-tailed test อำนาจการทดสอบ (Zβ) ที่ 0.02 = 0.84 สัดส่วนกลุ่ม 1 (P_1) = 0.26 และ สัดส่วนกลุ่ม 2 (P_2) = 0.034 อ้างอิงจาก การศึกษาของ Kim และคณะ[9] คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนและ ผู้ปกครอง ประกอบด้วย ส่วนของนักเรียน คือ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว เกรดเฉลี่ย ห้องนอนของเด็ก ชั่วโมงที่ใช้สมาร์ตโฟน แอปพลิเคชันที่ใช้งาน ส่วนของผู้ปกครอง คือ ผู้ปกครองที่ดูแล สถานภาพ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ผู้ปกครอง การจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้นฉบับภาษาไทย (SAS-SV-TH)[10] สำหรับนักเรียนผู้เข้าร่วมการศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นฉบับภาษาไทย (SNAP-IV rating scale)[11] สำหรับครูประจำชั้นและผู้ปกครองของนักเรียนที่เข้าร่วมการศึกษา

วิธีเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและประชุมแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลนักเรียนชั้น ป.4-6 จำนวนชั้นปีละ 2 ห้องเรียน โดยทำการแจกแบบสอบถามนักเรียนทั้งหมดในห้องโดยในนักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง และมีครูประจำชั้นร่วมตอบแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นฉบับภาษาไทยและคอยอธิบายความหมายของชุดคำถามแก่นักเรียนผู้เข้าร่วมวิจัยและส่งแบบสอบถามกลับไปให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามและรวบรวมกลับโดยครูประจำชั้น โดยมีแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมด 161 ราย ทำการคัดออกโดยเกณฑ์คัดออก 6 รายโดย 1 ราย มารดาสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ 1 ราย เป็น Down's syndrome และ 4 ราย ที่ภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยจัดให้เพศชายและหญิงของผู้เข้าร่วมวิจัยเท่ากันได้จำนวนผู้เข้าวิจัยร่วมทั้งหมด 144 ราย

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Stata V11.1 โดยใช้สถิติดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น โดยใช้ Chi-Square, Fisher's exact test โดยมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ และ multinomial logistic regression โดยเลือกปัจจัยที่มี $p < 0.20$ เพื่อใช้ใน model

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานประชากร

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 144 ราย อายุเฉลี่ย 10.563± 1.029 ปี ระดับชั้นการศึกษาส่วนใหญ่คือ ป.4 58 ราย (ร้อยละ 40.28) เพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันจากการจัดชั้นภูมิ เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ที่ 3.01-3.5 61 ราย

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานประชากร

ปัจจัย	จำนวนประชากร n=144 (ร้อยละ)
พฤติกรรมเสี่ยงติดสมาร์ทโฟน (SAS-SV-TH)	
เสี่ยง	68 (47.22)
ไม่เสี่ยง	76 (52.78)
อายุ	
9 ปี	22 (15.28)
10 ปี	50 (34.72)
11 ปี	45 (31.25)
12 ปี	24 (16.67)
13 ปี	2 (1.39)
14 ปี	1 (0.69)
Mean=10.563 SD=1.029	
เพศ	
ชาย	72 (50.0)
หญิง	72 (50.0)
ระดับชั้นการศึกษา	
ป.4	58 (40.28)
ป.5	33 (22.92)
ป.6	53 (36.81)
เกรดเฉลี่ย	
< 2.5	15 (10.42)
2.5-3.0	33 (22.92)
3.01-3.5	61 (42.36)
> 3.5	35 (24.31)
โรคประจำตัว	
มี	14 (9.72)
ไม่มี	130 (90.28)
ผู้ปกครองที่ดูแล	
บิดา	14 (9.72)
มารดา	41 (28.47)
บิดาและมารดา	64 (44.44)
อื่น ๆ	25 (17.36)
สถานที่พักอาศัย	
อยู่กับบิดา	14 (9.72)
อยู่กับมารดา	33 (22.92)
อยู่กับบิดาและมารดา	61 (42.36)
อื่น ๆ	36 (22.92)
สถานภาพผู้ปกครอง	
อยู่ด้วยกัน	94 (65.28)
แยกกันอยู่	39 (27.08)
โสด	11 (7.64)
อาชีพผู้ปกครอง	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (10.42)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21 (14.58)
ค้าขาย	39 (27.08)
รับจ้าง	69 (47.92)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานประชากร (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนประชากร n=144 (ร้อยละ)
ระดับการศึกษาผู้ปกครอง	
ประถมศึกษา	16 (11.11)
มัธยมศึกษาตอนต้น	25 (17.36)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	71 (49.31)
ปริญญาตรี	26 (18.06)
ปริญญาโท	6 (4.17)
รายได้ผู้ปกครอง	
ไม่มีรายได้	9 (6.25)
น้อยกว่า 1,000 บาท	2 (1.39)
1,000-5,000 บาท	16 (11.11)
5,001-10,000 บาท	44 (30.56)
10,001-15,000 บาท	35 (24.31)
15,001-20,000 บาท	15 (10.42)
20,001-25,000 บาท	6 (4.17)
25,001-30,000 บาท	4 (2.78)
มากกว่า 30,000 บาท	13 (9.03)

(ร้อยละ 42.36) ไม่มีโรคประจำตัว 130 ราย (ร้อยละ 90.28) ผู้ปกครองที่ดูแลเป็นบิดาและมารดา 64 ราย (ร้อยละ 44.44) อาชีพรับจ้าง 69 ราย (ร้อยละ 47.92) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. 71 ราย (ร้อยละ 49.31) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,001-10,000 บาท 44 ราย (ร้อยละ 30.56) ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนต่อโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ ได้แก่ปัจจัยเรื่องเพศที่ $p = < 0.001$ และมีปัจจัยที่มีระดับใกล้เคียงคือ ระดับชั้นการศึกษามีค่าใกล้เคียงที่ $p = 0.088$ และห้องนอนของเด็กที่ $p = 0.115$ ดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ ได้แก่ปัจจัยเรื่องการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟนที่ $p = 0.046$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ t-test, Chi-square และ Fisher's exact test

ข้อมูล	โรคสมาธิสั้น จำนวน n=44 (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน n=100 (ร้อยละ)	p-value
อายุ (mean±SD)	10.681±1.272	10.51±0.904	0.358[a]
เพศ			
ชาย	34 (77.27)	38 (38.00)	
หญิง	10 (22.73)	62 (62.00)	< 0.001[*]
ระดับชั้นการศึกษา			
ป.4	21 (47.73)	37 (37.00)	
ป.5	5 (11.36)	28 (28.00)	
ป.6	18 (40.90)	35 (35.00)	0.088[t]
โรคประจำตัว			
มี	5 (11.00)	9 (9.00)	
ไม่	39 (88.64)	91 (91.00)	0.761[t]
เกรดเฉลี่ย			
< 2.5	7 (15.90)	8 (8.00)	
2.5-3.0	10 (22.73)	23 (23.00)	
3.01-3.5	17 (38.64)	44 (44.00)	
> 3.5	10 (22.73)	25 (25.00)	0.567[t]
ห้องนอนของเด็ก			
มีห้องนอนเป็นของตัวเอง	8 18.18	13 (13.00)	
นอนรวมกับพี่/น้อง	6 13.64	13 (13.00)	
นอนรวมกับบิดา/มารดา	18 40.90	57 (57.00)	
นอนรวมกับปู่/ย่า/ตา/ยาย หรือญาติอื่น ๆ	4 9.091	15 (15.00)	
นอนกับพี่เลี้ยง	5 11.36	2 (2.00)	0.115[t]
อายุที่เริ่มใช้สมาร์ทโฟน (mean±SD)	6.68±2.96	6.78±1.86	0.809

[a]T-test; [*]significant at 0.05 level; [t]Fisher's exact test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการใช้สมาร์ตโฟนของนักเรียนต่อโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ ได้แก่ปัจจัยเรื่องการใช้เกมออนไลน์ (game online) ที่ $p = 0.047$ และมีปัจจัยที่มีระดับใกล้เคียงคือ การใช้ติ๊กต็อก ที่ $p = 0.054$ ส่วนปัจจัยหลักที่ต้องการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงติดสมาร์ตโฟนพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.421$ ดังตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ Multinomial logistic regression

เมื่อนำตัวแปรต้นต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นมาวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์แบบ multinomial logistic regression และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่าปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสเกิดโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง (adjusted OR = 0.148, 95%CI: 0.056-0.392) ระดับชั้นการศึกษา ป.5 (adjusted OR = 0.264, 95%CI: 0.072-0.960) การนอนรวมกับบิดา/มารดา (adjusted OR = 0.267, 95%CI: 0.073-0.977) การใช้เกมส์ออนไลน์ (adjusted OR = 0.333, 95%CI: 0.132-0.838) และ การมีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน (adjusted OR = 0.352, 95%CI: 0.126-0.982) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ t-test, Chi-square และ Fisher's exact test

ข้อมูล	โรคสมาธิสั้น จำนวน n=44 (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน n=100 (ร้อยละ)	p-value
ผู้ปกครองที่ดูแล			
บิดา	6 (13.64)	(8.00)	
มารดา	15 (34.09)	(26.00)	
บิดาและมารดา	9 (20.46)	(16.00)	
อื่น ๆ	14 (31.82)	(50.00)	0.448[t]
สถานภาพผู้ปกครอง			
อยู่ด้วยกัน	30 (68.18)	64 (64.00)	
แยกกันอยู่	9 (20.46)	30 (30.00)	
โสด	5 (11.36)	6 (6.00)	0.345[t]
อายุผู้ปกครอง (mean±SD)	40.364±9.132	38.48±11.901	0.351[a]
อาชีพผู้ปกครอง			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (9.09)	11 (11.00)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9 (20.46)	12 (12.00)	
ค้าขาย	11 (25.00)	28 (28.00)	
รับจ้าง	20 (45.46)	49 (49.00)	0.610[t]
ระดับการศึกษาผู้ปกครอง			
ประถมศึกษา	3 (6.82)	13 (13.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (11.36)	20 (20.00)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	24 (54.55)	47 (47.00)	
ปริญญาตรี	11 (25.00)	15 (15.00)	
ปริญญาโท	1 (2.27)	5 (5.00)	0.329[t]
รายได้ผู้ปกครอง			
ไม่มีรายได้	1 (2.27)	8 (8.0)	
น้อยกว่า 1,000 บาท	0 (0.00)	2 (2.0)	
1,000-5,000 บาท	3 (6.82)	13 (13.0)	
5,001-10,000 บาท	16 (36.36)	28 (28.0)	
10,001-15,000 บาท	10 (22.73)	25 (25.0)	
15,001-20,000 บาท	3 (6.82)	12 (12.0)	
20,001-25,000 บาท	3 (6.82)	3 (3.0)	
25,001-30,000 บาท	1 (2.27)	3 (3.0)	
มากกว่า 30,000 บาท	7 (15.91)	6 (6.0)	0.341[t]
มีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน			
ไม่มี	31.818	17 (17.0)	
มี	68.182	83 (83.0)	0.046[*]

[a]T-test; [*]significant at 0.05 level; [t]Fisher's exact test

วิจารณ์

จากการศึกษาในประชากรนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา พบว่ามีความชุมของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ร้อยละ 27.33 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของความชุก[4] ของเขตสุขภาพเขต 9 ที่ร้อยละ 5.4 และความชุกของระดับชั้นประถมปลายของประเทศไทย[11] (ประถมศึกษาปีที่ 4-5) ที่ร้อยละ 6.4 เนื่องด้วยเป็นโรงเรียนที่อยู่ใกล้กับสถานสงเคราะห์เด็กและรับกลุ่มเด็กที่กลุ่มเปราะบางเข้าเรียนด้วยจึงอาจทำให้พบมีความชุกสูงกว่าพื้นที่หรือโรงเรียนอื่น ๆ

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ข้อมูล	โรคสมาธิสั้น จำนวน n=44 (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน n=100 (ร้อยละ)	p-value
พฤติกรรมเสี่ยงติดสมาร์ทโฟน (SAS-SV-TH)			0.421
เสี่ยง	23 (52.27)	45 (45.00)	
ไม่เสี่ยง	21 (47.72)	55 (55.00)	
ชั่วโมงที่ใช้สมาร์ทโฟน (วันธรรมดา)			0.683
< 2 ชั่วโมง	13 (29.55)	36 (36.00)	
2-4 ชั่วโมง	16 (36.36)	30 (30.00)	
> 4 ชั่วโมง	15 (34.09)	34 (34.00)	
ชั่วโมงที่ใช้สมาร์ทโฟน (วันหยุด)			0.992
< 2 ชั่วโมง	10 (22.73)	24 (24.00)	
2-4 ชั่วโมง	12 (27.27)	18 (18.00)	
> 4 ชั่วโมง	22 (50.00)	58 (58.00)	
การใช้เฟสบุ๊ค (facebook)			
ไม่ใช้	23 (52.27)	60 (60.00)	
ใช้	21 47.73)	40 (40.00)	0.387
การใช้อินสตาแกรม (instagram)			
ไม่ใช้	35 (79.55)	79 (79.00)	
ใช้	9 (20.45)	21 (21.00)	0.941
การใช้ทวิตเตอร์ (twitter)			
ไม่ใช้	39 (88.64)	90 (90.00)	
ใช้	5 (11.36)	10 (10.00)	0.775[t]
การใช้ติ๊กต็อก (tiktok)			
ไม่ใช้	21 (47.73)	31 (31.00)	
ใช้	23 (52.27)	69 (69.00)	0.054
การใช้เกมส์ออฟไลน์ (game offline)			
ไม่ใช้	33 (75.00)	83 (83.00)	
ใช้	11 (25.00)	17 (17.00)	0.264
การใช้เกมส์ออนไลน์ (game online)			
ไม่ใช้	29 (65.91)	48 (48.00)	
ใช้	15 (34.09)	52 (52.00)	0.047[*]

[*]significant at 0.05 level, [t]Fisher's exact test

พบมีพฤติกรรมเสี่ยงติดสมาร์ตโฟนอยู่ที่ 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.22 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของคุณ Kim และคณะ[9] ที่พบมีภาวะเสี่ยงติดสมาร์ตโฟนเพียงร้อยละ 7.5 และการศึกษาของคุณ กันยา พาณิชย์ศิร และคณะ[6] ที่พบว่ามีกลุ่มที่ติดสื่อสังคมออนไลน์เพียงร้อยละ 17.5

ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตนำแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้นฉบับภาษาไทย (SAS-SV-TH) ของคุณสุภาวดี เจริญวานิช และคณะ[10] มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน แต่เนื่องจากในการศึกษามีการหาค่าความเชื่อมั่นของกลุ่มทดลองอายุ 18-25 ปี ซึ่งกลุ่มอายุของผู้เข้าร่วมของผู้วิจัยมีช่วงอายุ 9-14 ปี จึงมีการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) โดยเชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญคืออาจารย์แพทย์สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่านร่วมประเมิน ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ และมีการประชุมร่วมกับครูประจำชั้นของโรงเรียนเพื่อมีการอธิบายข้อคำถามก่อนที่จะประเมินเด็กนักเรียน

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีค่า p-value < 0.200 ต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ Multinomial logistic regression

ปัจจัย	Crude odd ratio	Adjusted odd ratio	95% CI		p-value
เพศ					
ชาย	Reference	Reference			
หญิง	0.18	0.15	0.056	0.392	< 0.001*
ระดับการศึกษา					
ป.4	Reference	Reference			
ป.5	0.32	0.26	0.072	0.960	0.043*
ป.6	0.91	0.47	0.172	1.269	0.136
การใช้ติ๊กต็อก (tiktok)					
ไม่ใช้	Reference	Reference			
ใช้	0.49	0.61	0.253	1.480	0.276
การใช้เกมส์ออนไลน์ (game online)					
ไม่ใช้	Reference	Reference			
ใช้	0.48	0.33	0.132	0.838	0.020*
มีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน					
ไม่มี	Reference	Reference			
มี	0.44	0.35	0.126	0.982	0.046*
ห้องนอนของเด็ก					
มีห้องนอนเป็นของตัวเอง	Reference	Reference			
นอนรวมกับพี่/น้อง	0.75	0.37	0.076	1.817	0.221
นอนรวมกับบิดา/มารดา	0.51	0.27	0.073	0.977	0.046*
นอนรวมกับปู่/ย่า/ตา/ยาย หรือ ญาติอื่น ๆ	0.76	0.40	0.086	1.883	0.248
นอนกับพี่เลี้ยง	4.06	0.92	0.107	7.877	0.939

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านเพศมีการจัดการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) เพื่อให้จำนวนชายและหญิงเท่ากัน เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศ[9] มักเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น

อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมอยู่ที่ 10.563±1.029 ปี อายุต่ำสุด 9 ปี และสูงสุด 14 ปี ระดับชั้น ป.5 มีการตอบแบบตอบกลับน้อยที่สุดที่ 33 ราย (ร้อยละ 22.92) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-19 ทำให้บางส่วนยังไม่ได้เปิดชั้นเรียนเต็มที่

มีโรคประจำตัว 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.23 ผู้ปกครองที่ดูแลและสถานที่พักอาศัยส่วนใหญ่ทั้งคู่เป็นบิดาและมารดาที่ร้อยละ 44.44 และ 42.36 ตามลำดับ สถานะของผู้ปกครองส่วนใหญ่คืออยู่ด้วยกันร้อยละ 65.28 อาชีพผู้ปกครองส่วนใหญ่คือรับจ้างที่ร้อยละ 47.92 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ที่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. ร้อยละ 49.31 รายได้ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.56

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับโรคสมาธิสั้นพบว่าปัจจัยหลักที่ต้องการศึกษาในเรื่องของพฤติกรรมเสี่ยงติดสมาร์ตโฟนนั้นไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม (p = 0.421 OR = 0.817, 95%CI 0.499-1.337) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของคุณ Kim และคณะ[9] ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการติดสมาร์ตโฟนกับอาการของโรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยรุ่นประเทศเกาหลีใต้ พบว่าการมีโรคสมาธิสั้น (ADHD) นั้นมีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงติดสมาร์ตโฟนที่ adjusted OR = 6.43 95%CI

4.60-9.00 ซึ่งผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าการศึกษานั้นใช้แบบสอบถาม Korean Smart Addiction Scale (SAS) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับที่ผู้วิจัยและเป็นการ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-reported questionnaire) เช่นเดียวกัน แต่ทำในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยม ศึกษาซึ่งอาจมีความเข้าใจในแบบสอบถามภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามได้มากกว่าซึ่งเป็นข้อกำจัดของทางผู้วิจัย ซึ่งหากมีการศึกษาต่ออาจมีการเพิ่มช่วงอายุที่ศึกษาหรือปรับภาษาของแบบสอบถามให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น

ปัจจัยอื่นที่พบมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยเรื่องเพศ มีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน การใช้เกมส์ออนไลน์ และปัจจัยใกล้เตียงที่ $p < 0.200$ คือ ระดับการศึกษาการใช้ติ๊กต็อก ห้องนอนของเด็ก

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์แบบ multinomial logistic regression พบดังนี้

ปัจจัยเรื่องการเป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.148, 95%CI: 0.056-0.392) จึงกล่าวได้ว่าโรคสมาธิสั้นจะเกิดกับเพศหญิงคิดเป็น 0.148 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ[3] ที่ทำการศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยพบว่าการเกิดโรคสมาธิสั้นในเพศชายนั้นพบร้อยละ 12 (95%CI = 10.9,13.0) และเพศหญิงร้อยละ 4.2 (95%CI = 3.6,4.9) กล่าวคือ อัตราส่วนชายต่อหญิงคือ 3:1 เช่นเดียวกับการศึกษาของคุณ Thapar และคณะ[12] ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านเพศโดยเฉพาะเพศชายนั้นมีผลอย่างยิ่งกับโรคสมาธิสั้น อัตราส่วนอยู่ที่ 3-4:1 เท่า

ปัจจัยเรื่องระดับชั้นการศึกษา ป.5 (adjusted OR = 0.264, 95%CI: 0.072-0.960) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ และพบมีนัยสำคัญกล่าวคือโรคสมาธิสั้นจะเกิดกับเด็กนักเรียนระดับชั้น ป.5 คิดเป็น 0.267 เท่าของนักเรียนชั้นอื่น ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่มีการศึกษาในปัจจัยดังกล่าวพบมีใกล้เคียงคือการศึกษาของ กันยา พาณิชย์ศิริ และคณะ[6] ที่ทำการศึกษา การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นแต่ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในชั้นมัธยมศึกษาที่ 4-6 และไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทางผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่านักเรียนชั้น ป.5 ที่เข้าร่วมการศึกษานั้นมีข้อจำกัดดังกว่าข้างต้นในเรื่องของจำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับน้อยที่สุดจากข้อจำกัดในเรื่องของสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ทำให้นักเรียนยังไม่ได้เปิดชั้นเรียนเต็มที่ ซึ่งอาจมีผลกับปัจจัยดังกล่าว หรืออาจจะเป็นปัจจัยเฉพาะตัวที่ทางผู้วิจัยยังไม่ได้ตรวจสอบในชั้นเรียนของ ป.5 ซึ่งเป็นข้อสังเกตที่ควรศึกษาต่อไป

ปัจจัยในด้านการนอนรวมกับบิดา/มารดา (adjusted OR = 0.267, 95%CI: 0.073-0.977) กล่าวได้ว่าโรคสมาธิสั้นจะเกิดกับเด็กที่นอนรวมกับบิดา/มารดาเป็น 0.260 เท่าเทียบกับเด็กที่นอนรวมกับคนอื่น ๆ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ อภิรพี เศรษฐรักษ์ ตันเจริญวงศ์ และคณะ[7] ที่พบว่าปัจจัยเรื่องประเภทของสถานที่นอนของเด็กนั้นพบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการใช้แท็บเล็ตและสมาร์ตโฟนที่ $p = 0.018$ โดยเด็กที่นอนกับปู่ย่าตายายหรือญาติคนอื่นนั้นมีค่าเฉลี่ยการใช้แท็บเล็ตและสมาร์ตโฟนสูงที่สุด ที่ 164.57 นาที และการศึกษาของ Cavalli และคณะ[13] ที่ศึกษาในเรื่องของระยะเวลาหน้าจอกระตุ้นอาการโรคสมาธิสั้นและการรบกวนการนอนหลับ พบว่าเด็กที่มีการใช้หน้าจอภายในห้อง (in-room digital screen) มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคสมาธิสั้นทั้งในด้านของอาการขาดสมาธิ (inattention) ที่ $p < 0.01$ และอาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity-impulsivity) $p < 0.05$ ซึ่งทางผู้วิจัยเชื่อว่าการนอนกับพ่อแม่นั้นเป็นปัจจัยป้องกันเนื่องจากทำให้มีการควบคุมการใช้สื่อของเด็กในช่วงเวลานอนและทำให้ชั่วโมงการนอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจัยการใช้เกมส์ออนไลน์ (adjusted OR = 0.333, 95%CI: 0.132-0.838) กล่าวได้ว่าโรคสมาธิสั้นจะเกิดกับเด็กที่ใช้เกมส์ออนไลน์เป็น 0.333 เท่าเทียบกับเด็กที่ไม่ใช้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Nikkelen และคณะ[8] ที่พบว่าการใช้สื่อ (media use) ทั้งในสื่อโทรทัศน์ (television) และสื่อวีดีโอเกมส์ (video games) กับโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับในเชิงบวก (positive correlation) ที่ $r_+ = 0.12$, 95%CI 0.09-0.14 เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์แยกลงไปในกลุ่มของผู้เข้าร่วมที่ใช้เกมส์ออนไลน์พบว่ามีผู้ใช้ 12 จาก 67 (ร้อยละ 17.91) คนมีการใช้เกมส์ออนไลน์ที่ชื่อ Free Fire ซึ่งเป็นเกมส์ออนไลน์ที่เป็นเกมยิงมุมมองบุคคลที่สาม (Third-person shooter, TPS) และเป็นลักษณะเกมส์

ผู้เล่นหลายคนเอาตัวรอดในภูมิประเทศนั้น (Multiplayer Online Battle Area, MOBA) โดยที่ตัวเกมส์จะเล่นเป็นทีมละ 2-4 คน เป็นลักษณะการเอาชีวิตรอดจนถึงทีมสุดท้าย เวลาเฉลี่ยในการเล่นต่อเกมส์ 20-30 นาที และมักจะเล่นกับเพื่อนที่รู้จักเพื่อสื่อสารกันในทีม ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับการศึกษาของคุณ Isabela Granic และคณะ[14] ที่กล่าวถึงประโยชน์ทางสังคมของเกมส์ (Social Benefits of Gaming) ว่า ในสังคมของเกมส์นั้นจะต้องใช้ตัดสินใจที่จะเชื่อใจหรือไม่เชื่อใจบุคคลในเกมส์ แลการเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพของกลุ่ม ซึ่งวัตถุประสงค์เหล่านี้ของเกมส์ทำให้ผู้เล่นได้รับการฝึกทักษะทางสังคมได้อย่างรวดเร็ว แต่ในทางกลับกันตัวเกมส์ยังไม่มีการศึกษาที่พูดถึง แต่จะมีลักษณะเกมส์ที่คล้ายคลึงกันที่ชื่อว่า Player Unknown's Battlegrounds (PUBG) ที่มีการศึกษาของคุณ Sunil และคณะ[15] ที่ศึกษาในเรื่องผลกระทบของเกมส์ PUBG ต่อสุขภาพจิตศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการใช้เกมส์ PUBG พบมีความสัมพันธ์กับระดับของโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด อารมณ์แปรปรวน และโรคสมาธิสั้น ซึ่งการศึกษาอื่น ๆ เกี่ยวกับผลกระทบของการใช้เกมส์ต่อโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการวัดเรื่องของการติดเกมส์หรือ internet gaming disorder ตามระบบ DSM-5 ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทางผู้วิจัยวัดเพียงแค่มีการใช้หรือไม่ใช้งานเกมส์ออนไลน์เท่านั้น ทางผู้วิจัยเล็งเห็นว่าเป็นปัจจัยยังคลุมเครือและมีประเด็นที่ควรศึกษาต่อในอนาคต

ปัจจัยการมีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน (adjusted OR = 0.352, 95%CI: 0.126-0.982) นั้น กล่าวได้ว่าโรคสมาธิสั้นจะเกิดกับเด็กที่มีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟนเป็น 0.352 เท่าเทียบกับเด็กที่ไม่มีการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยยังไม่พบมีการศึกษาที่ศึกษาทดลองในลักษณะดังกล่าว มีเพียงการศึกษาของ ปรีญา สุริพล และคณะ[16] ที่พบว่าการอนุญาตให้นำโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนมีความสัมพันธ์กับกับเกิดโรคสมาธิสั้นเป็น 41.19 เท่าเทียบกับการไม่อนุญาตให้นำโทรศัพท์ไปที่โรงเรียน (OR = 41.19 95%CI 3.40-499.40 p = 0.003) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยเรื่องการจำกัดการใช้งานสมาร์ตโฟนนั้นเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นต่อไปในอนาคต

สรุป

แม้ว่าปัจจัยเรื่องการติดสมาร์ตโฟนที่เป็นปัจจัยหลักในการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องด้วยข้อจำกัดที่ผู้วิจัยกล่าวข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีประโยชน์หากมีผู้สนใจต่อยอดและทำการศึกษาเพิ่มเติมและขยายผลต่อในพื้นที่โรงเรียนอื่น ๆ หรือพื้นที่อื่น ๆ อาจพบมีปัจจัยนี้มีผลต่างออกไปได้ ส่วนปัจจัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ควรเฝ้าระวังความเสี่ยงในการโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน และเป็นปัจจัยในการศึกษาต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ อภิรักษ์ โคกนาดี และ นายแพทย์อันอัม สมานประธาน อาจารย์ที่ปรึกษาทางด้านวิจัยที่คอยให้การช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาวดี เจริญวานิช เป็นอย่างสูง ที่กรุณาอนุญาตให้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้นฉบับภาษาไทย (SAS-SV-TH) เพื่อดำเนินงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Fayyad J, Sampson N, Hwang I. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten Defic Hyperact Disord. 2017;9:47-65.
2. Ruth J, Lindsay P. Chronic adversities. In: Michael R, Eric T, editors. Child and adolescent psychiatry fourth edition. India: Replika press. 2002, p. 261-72
3. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21:66-75.
4. รพีพรรณ วิเศษ. จิตเวชโคราช เตรียมเติมกำลังคนเพิ่มพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน 4 จังหวัดอีสานล่าง ขยายบริการเด็กสมาธิสั้น ออทิสติก ใกล้บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก /https://thainews.prd.go.th/th/news/print_news/TCATG190827222214412

5. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57:373-86.
6. กันยา พาณิชย์ศิริ, เบญจพร ตันตสูติ. การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน.เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61:191-204.
7. อภิรพี เศรษฐรักษ์ตันเจริญวงศ์, ศรีรัฐ ภักดีรณชิต, ญาณวุฒิ เศวตธิติกุล. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม. 2561;6:60-9.
8. Nikkelen WCS, Valkenburg MP, Huizinga M, Bushman JB. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: a meta-analysis. Dev Psychol. 2014;50:2228-41.
9. Kim SG, Park J, Kim HT, Pan Z, Lee Y, McIntyre SR. The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. Ann Gen Psychiatry. 2019;18:1-8.
10. สุภาวดี เจริญวานิช, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;27:25-36.
11. สมัย ศิริทองถาวร. คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา; 2560.
12. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder [Internet]. 2015 [cited 24 june 2022]. Available from:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X
13. Cavalli E, Anders R, Chaussoy L, Herbillon V, Franco P, Putois B. Screen exposure exacerbates ADHD symptoms indirectly through increased sleep disturbance. Sleep Med. 2021;83:241-7.
14. Granic I, Lobel A, Engels C M E R. The Benefits of Playing Video Games. Am Psychol. 2014;69:66-78.
15. Sunil S, Sharma MK, Anand N. Impact of Player Unknown's Battlegrounds (PUBG) on mental health. Medico-Legal Journal. 2021;89:99–101.
16. ปรีญา สุริพล, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศุภชัย ปิติกุลดัง. การใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น. งานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต. 2562;1:104-3.

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 240-250.

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์กับการใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในกลุ่มผู้ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย

สุพรรษา ศักดิ์ระพี, พบ., อริศรา ศิริวิริยะกุล, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:
อริศรา ศิริวิริยะกุล, พบ.,
หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย
Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: January 10, 2023;
Revised: January 27, 2023;
Accepted: February 24, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามแนวทางเวชปฏิบัติของไทยในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ได้แนะนำให้ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรและในช่วงปลายเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ได้แนะนำให้ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์เป็นยาหลักในการรักษา จึงศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาระหว่างยาทั้งสองในผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มนี้

รูปแบบวิจัย: การศึกษาแบบกลุ่มย้อนหลัง

วิธีการ: ผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยจำนวน 398 คน ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรหรือยาฟาวิพิราเวียร์อย่างใดอย่างหนึ่ง เปรียบเทียบอัตราการหายป่วยและอัตราการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์รักษาหายคิดเป็นร้อยละ 99.1 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรรักษาหายคิดเป็นร้อยละ 95.1 ผู้ป่วยที่ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์รักษาหายมากกว่ากลุ่มที่ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจร 1.05 เท่า (p = 0.38) โดยอัตราการรักษาหาย พิจารณาจากการกักตัวครบ 14 วัน และเข้าเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข อัตราการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยในวันที่ 5 ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอาการหายใจลำบากกลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้สารสกัดฟ้าทะลายโจร ร้อยละ 71 (p = 0.025)

สรุป: ยาฟาวิพิราเวียร์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรให้ผลการรักษาหายไม่ต่างกัน

คำสำคัญ: โควิด 19 ฟาวิพิราเวียร์ สารสกัดฟ้าทะลายโจร

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 240-250.

ORIGINAL ARTICLE

Comparison of Effectiveness Between Favipiravir and *Andrographis paniculata* Extract Treating Asymptomatic or Mild Symptoms of COVID-19 Patients

Supansa Sakraphi, MD., Arissara Siriwiriyakul, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine

Family Medicine Unit, Urban Medicine Division, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :
Arissara Siriwiriyakul, MD., Family medicine Unit, Urban Medicine Division, Faculty of Medicine Vajira Hospital Wachira Phayaban, Dusit District, Bangkok 10300, Thailand
Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: January 10, 2023;
Revised: January 27, 2023;
Accepted: February 24, 2023

ABSTRACT

Background: COVID-19 is an emerging disease that has spread throughout the world. Most patients are asymptomatic or have mild symptoms. According to Thai clinical practice guidelines, treatment of these patients from May to July 2021 recommended the use of *Andrographis paniculata* extract with Favipiravir being recommended in late July to October 2021. This research was conducted to compare the treatment efficacy between the two drugs in this group of COVID-19 patients.

Design: A retrospective cohort study

Methods: A total of 398 asymptomatic or mildly symptomatic COVID patients were treated with either *Andrographis paniculata* extract or Favipiravir. The rate of recovery and clinical symptom changes were recorded to compare the effectiveness of both drugs.

Results: The efficacy of treatment revealed that of all 316 participants who received Favipiravir, 313 recovered after the treatment (99.1%). Meanwhile, for all 82 participants who received *Andrographis paniculata* extract, 78 recovered after treatment (95.1%). The patients who received Favipiravir recovered more than patients who received *Andrographis paniculata* extract 1.05 times (p = 0.38). There was no significant difference in efficacy. The recovery rate was considered after 14 days of self-quarantine and fit the criteria for discharge under Thai clinical practice guidelines. There was no significant difference in the clinical symptom change on day 5th in both groups except dyspnea. The Favipiravir group had 71% less symptoms than the *Andrographis paniculata* extract group (p = 0.025).

Conclusions: Favipiravir and *Andrographis paniculata* extract had the same efficacy for mild Covid 19 patients.

Keywords: Covid 19, favipiravir, *Andrographis paniculata*

บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนา โดยไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 นี้มีการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนช่วงปลายปี ค.ศ. 2019 ระยะเวลานับจากการติดเชื้อจนแสดงอาการมีตั้งแต่ 1-14 วัน อาการของผู้ป่วยโควิด 19 แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย กลุ่มอาการปานกลาง และกลุ่มอาการรุนแรง ซึ่งอาการทั่วไปของโรคโควิด 19 ที่พบมากที่สุดคือ ไข้ ไอ น้ำมูก ลิ้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย ตาแดงและมีผื่น โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 สามารถหายป่วยได้เองโดยไม่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ต่อมาคือกลุ่มผู้ป่วยอาการปานกลางคือผู้ที่มีอาการเหนื่อยหายใจเร็ว หรือมีหลักฐานความผิดปกติจากภาพ ถ่ายรังสีทรวงอกแต่ยังมีระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 96 รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มทำให้เกิดโรครุนแรงได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัวเช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคอ้วน โรคมะเร็งหรือโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรง หายใจลำบากระดับออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 96 หรือภาพเอกซเรย์รังสีทรวงอกมีความผิดปกติมากกว่าร้อยละ 50[1]

ประเทศไทยตรวจพบการระบาดของโรคโควิด 19 เริ่มต้นที่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และมีการแพร่ระบาดมากที่สุดในช่วงเดือนกรกฎาคมจนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ติดเชื้อ 526,828 คน ผู้ป่วยหนัก 4,284 คน เสียชีวิต 4,264 ราย[2] สำหรับสายพันธุ์ของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระบาดในช่วงเวลาดังกล่าวคือสายพันธุ์ Delta จากการเก็บตัวอย่างของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 เมษายน ถึง 6 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบการระบาดของสายพันธุ์ Delta ในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 91.9 และต่อเนื่องถึงเดือนตุลาคม 2564 สายพันธุ์นี้ยังคงระบาดในประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 98.6[3]

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในกลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยของประเทศไทยในช่วงการระบาดของสายพันธุ์เดลต้านั้นใช้ยาฟาวิพิราเวียร์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรเป็นหลัก สำหรับยาฟาวิพิราเวียร์คือยาต้านเชื้อไวรัส มีชื่อรหัสคือ T-705 พัฒนาโดยประเทศญี่ปุ่นเป็นยาต้านไวรัสที่ออกฤทธิ์กว้างจึงใช้ได้กับโรคติดเชื้อไวรัสอื่น ๆ เช่น ชิคุนกุนยา รวมถึงโควิด 19 ด้วย[4] งานวิจัยจากประเทศญี่ปุ่นของ Satoshi Fujii พบว่าหากผู้ป่วยได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ภายใน 4 วันหลังตรวจพบเชื้อมีแนวโน้มของไข้ลดลงรวดเร็วกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหลัง 4 วันหลังจากพบเชื้อและช่วยให้ผู้ป่วยหายป่วยได้เร็วขึ้น[5] งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมของ Toshine จากมหาวิทยาลัยนาโกยา ศึกษา 11 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิดกลุ่มอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์มีความสามารถในการกำจัดไวรัสได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมพร้อมทั้งมีอาการทางคลินิกดีขึ้นภายใน 7 วัน[6] มีข้อมูลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของยาฟาวิพิราเวียร์สามารถกำจัดเชื้อไวรัสได้ดี ระยะเวลาในการกำจัดไวรัสสั้นหากเริ่มให้ยาในระยะแรกของการติดเชื้อและไม่พบอาการข้างเคียงรุนแรงที่ทำให้เสียชีวิต[7,8] สำหรับฟ้าทะลายโจร ถูกใช้อย่างแพร่หลายในแถบเอเชียมีสรรพคุณบรรเทาอาการเจ็บคอ ปวดหัวตัวร้อน แก้ไข้[9] การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย มีหลายหน่วยงานใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กลุ่มอาการไม่รุนแรงได้ผลดี เช่น งานวิจัยของดารารัตน์ รัตนรักษ์[10] ที่พบว่าฟ้าทะลายโจรช่วยให้อาการดีขึ้นใน 7 วันและช่วยลดอาการต่าง ๆ ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม งานวิจัยของอัมพร เบญจพลพิทักษ์[11] พบว่าการใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการดีขึ้นภายใน 5 วัน พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะปอดอักเสบคิดเป็นร้อยละ 0.97 ในขณะกลุ่มควบคุมมีอัตราเกิดภาวะปอดอักเสบคิดเป็นร้อยละ 14.64 (NNT = 7.32) อีกทั้งยังมีวิจัยเชิงประจักษ์อีกมาก ที่สนับสนุนว่าฟ้าทะลายโจรมีผลในการลดความรุนแรงของอาการโรคโควิด 19 ได้ แนวทางเวชปฏิบัติกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขฉบับเดือนพฤษภาคม[12] และมิถุนายน พ.ศ. 2564[13] แนะนำให้ใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มไม่มีอาการหรืออาการเล็กน้อยและจะให้ยาต้านไวรัส ฟาวิพิราเวียร์ ในกลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงหรือผู้ป่วยปอดอักเสบเท่านั้น

ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก ฉบับเดือนเมษายน พ.ศ. 2563[14] ต่อมาแนวทางเวชปฏิบัติ วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2564[15] ได้ปรับแนวทางการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ครอบคลุมในผู้ป่วยกลุ่มอาการไม่รุนแรง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงด้วย เนื่องจากยาฟาวิพิราเวียร์ช่วยให้อาการทางคลินิกดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ลดการป่วยรุนแรงติดเชื้อในปอดได้

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจข้าวสารพาเลซ (hospitel) และหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน (home isolation)[16] เพื่อรองรับการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยโดยให้การรักษาอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละช่วงเวลาคือช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 รักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรเป็นยารักษาหลัก ในช่วงเดือนปลายเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 รักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์เป็นยารักษาหลัก งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเปรียบเทียบอัตราการหายป่วยหลังครบ 14 วันและเข้าเกณฑ์การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย[12] นับจากวันที่ผลตรวจพบการติดเชื้อหรือมีอาการและศึกษาอัตราการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิกที่มีแนวโน้มดีขึ้นหรือแย่ลง ระหว่างผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรหรือยาฟาวิพิราเวียร์ เพื่อเป็นประโยชน์และองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

วิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มย้อนหลัง retrospective cohort study

กลุ่มประชากร ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้วิธีการคำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนสองกลุ่ม (testing two independent proportions)[17] ค่าสถิติที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากรายงานสังเขปผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วยโควิด 19[11] กำหนดอัตราส่วนขนาดตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบต่อกลุ่มศึกษา เท่ากับ 1 ตามสัดส่วนประชากร จำนวนตัวอย่างที่จะต้องใช้มีจำนวนไม่น้อยกว่า 60 คนต่อกลุ่ม ข้อมูลกลุ่มประชากรศึกษาจากเวชระเบียนในผู้ป่วยโควิด19 อายุระหว่าง 18-60 ปี กลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจร (andrographolide 180 มก.ต่อวันเป็นเวลา 5 วัน) หรือยาฟาวิพิราเวียร์ (1,800 มก.ในวันแรกและอีก 800 มก. ในอีก 4 วันถัดมา) อย่างใดอย่างหนึ่งโดยต้องกินให้ครบ 5 วัน เปรียบเทียบอัตราการหายป่วยและอัตราการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิก

อัตราการหายป่วย พิจารณาจากผู้ป่วยกักตัวครบ 14 วัน และอาการทางคลินิกที่มีแนวโน้มดีขึ้นเข้าเกณฑ์การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุข[12] โดยไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR หรือ antigen ซ้ำ อันได้แก่

ก. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและภาพรังสีปอดไม่แย่ลง

ข. อุณหภูมิไม่เกิน 37.8 °ซ ต่อเนื่อง 24-48 ชั่วโมง

ค. อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาที

ง. ออกซิเจนในเลือดขณะพักมากกว่าร้อยละ 96

อาการที่มีแนวโน้มแย่ลงได้แก่

ก. เกิดปอดอักเสบจากโควิด (CO-RADs4-6) (rapid progressive pneumonia)

ข. ออกซิเจนในเลือดขณะพักต่ำกว่าร้อยละ 96 หรือลดลงมากกว่าร้อยละ 3 ขณะออกแรง

ค. อัตราการหายใจผิดปกติ

ง. แพทย์พิจารณาว่าอาการแย่ลงต้องย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยที่มีศักยภาพสูงขึ้น

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ป่วยโควิด 19 อายุ 18-60 ปี
- เป็นผู้ป่วยสีเขียว ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการรุนแรง ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ได้แก่ ไข้ ไอ เสมหะ เจ็บคอ น้ำมูก ผื่น ตาแดง ท้องเสีย
- ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิค RT-PCR ตรวจหาสารพันธุกรรมทางการตรวจสารคัดหลั่งโพรงจมูกผลเป็นบวก
- เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจข้าวสารพาเลซหรือหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน
- ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรหรือยา

ฟาวิพิราเวียร์อย่างใดอย่างหนึ่งโดยเป็นผู้ป่วยที่กินยาครบการรักษา (dose) 5 วัน

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ป่วยย้ายสถานพยาบาล ก่อนสิ้นสุดการรักษา ด้วยเหตุผลส่วนตัว ที่ไม่ใช่อาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก
- ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรในช่วงแรกแล้วเปลี่ยนมากินยาฟาวิพิราเวียร์ในภายหลัง (ผู้ป่วยที่ใช้ยาทั้งสองชนิดโดยการรักษายังไม่ครบคอร์ส)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาที่ได้รับยาชุดแรกนับจากวันที่ตรวจพบเชื้อโควิด 19 หรือวันที่เริ่มมีอาการวันแรก รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Student's t-test

2. การเปรียบเทียบอัตราการหายป่วยหลังกักตัวครบและอัตราการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกที่ในวันที่ 5 ระหว่างผู้ป่วยโควิด 19 ที่ไม่มีอาการหรืออาการเล็กน้อยหลังจากได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรหรือยาฟาวิพิราเวียร์รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ และใช้การวิเคราะห์แบบ multivariable analysis ด้วยการวิเคราะห์ poisson regression analysis รายงานด้วยค่า relative risk (or risk ratio; RR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval) การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Stata/MP version 17 (StataCorp, College Station, TX, USA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโควิด 19 ในงานวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 398 ราย มีผู้ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์จำนวน 316 ราย และมีผู้ได้รับยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรจำนวน 82 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ 37.86 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจรอยู่ที่ 33.01 ปี อายุเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาเป็นเพศหญิง ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มากกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจรอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับอาการเล็กน้อย มีส่วนน้อยที่ไม่มีอาการ โดยระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ระยะเวลาที่ได้รับยาชุดแรกรักษานับจากวันแรกที่มีอาการหรือวันแรกที่ตรวจพบเชื้อด้วยวิธี RT-PCR พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ได้รับยาชุดแรกในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติโดย ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.03 วันส่วนผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจรค่าเฉลี่ยระยะเวลาอยู่ที่ 1.84 วัน

อาการของผู้ป่วยวันแรก อาการที่พบมากที่สุดคืออาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก และสูญเสียการได้รับกลิ่นและรสชาติ อาการในวันแรกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ประสิทธิผลการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์จำนวน 316 ราย มีจำนวน 313 ราย หายป่วยหลังติดตามอาการครบ 14 วัน (นับจากวันแรกที่มีอาการหรือตรวจพบเชื้อและเข้าเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข) คิดเป็นร้อยละ 99.1 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดยาฟ้าทะลายโจรจำนวน 82 ราย มีจำนวน 78 ราย หายป่วยคิดเป็นร้อยละ 95.1 ($p = 0.016$) ดังตารางที่ 2 วิเคราะห์

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐาน demographic characteristic ระดับอาการของผู้ป่วย severity of disease ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาชุดแรกนับจากวันแรกที่มีอาการหรือวันแรกที่ตรวจพบด้วยวิธี RT PCR

Demographic and baseline characteristic[a]	Andrographolide (n=82)	Favipiravir (n=316)	p-value[b]
Age (years)	33.01 (12.35)	37.86 (12.45)	0.002*
Gender			0.331
Male	34 (41.5)	150 (47.5)	
Female	48 (58.5)	166 (52.5)	
Weight	59.19 (10.72)	62.66 (11.00)	0.011*
Height	163.50 (7.69)	164.09 (8.78)	0.580
BMI	22.13 (3.61)	23.24 (3.42)	0.010*
Underlying diseases			0.031*
No	68 (82.9)	272 (86.1)	
Hypertension	0 (0.0)	10 (3.2)	
DLP	1 (1.2)	8 (2.5)	
Allergic rhinitis	7 (8.5)	13 (4.1)	
Asthma	0 (0.0)	0 (0.0)	
Gastritis	1 (1.2)	4 (1.3)	
DM	0 (0.0)	6 (1.9)	
Psychiatric	3 (3.8)	2 (0.6)	
Chronic HBV	1 (1.2)	1 (0.3)	
Thyroid	1 (1.2)	0 (0.0)	
Severity			0.090
Asymptomatic	9 (11.0)	18 (5.7)	
Symptomatic	73 (89.0)	298 (94.3)	
Day of 1st dose after symptom or RT-PCR, days (SD)	1.84 (1.77)	2.03 (1.50)	0.342
Symptom at day 1			
Fever	9 (11.0)	35 (11.1)	0.979
Cough	48 (58.5)	213 (67.4)	0.132
Rhinorrhea	26 (31.7)	126 (39.9)	0.175
Sore throat	42 (51.2)	176 (55.7)	0.468
Dyspnea	3 (3.7)	16 (5.1)	0.595
N/V	0 (0.0)	10 (3.2)	0.103
Diarrhea	13 (15.9)	21 (6.7)	0.008*
Rash	2 (2.4)	5 (1.6)	0.599
Red eye	2 (2.4)	8 (2.5)	0.962
Fatigue	18 (22.0)	72 (22.8)	0.872
Anosmia	26 (31.7)	96 (30.4)	0.816
Muscle strain	11 (13.4)	57 (18.0)	0.322
Headache	19 (23.2)	65 (20.6)	0.607

[a]Data presented as n (%) for categorical data, and as the mean (SD) for continuous data, [b]Chi-square test was used for analysis of categorical data, Fisher exact test was used to adjust with less than 5 observations for analysis of categorical data and T-test was used for continuous data, *significantly different

เพิ่มเติมด้วยสถิติแบบ multivariable analysis ซึ่งควบคุมอิทธิพลของตัวแปล เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัวและระยะเวลาที่ได้รับยารักษาชุดแรกนับจากวันแรกที่มีอาการหรือวันแรกที่ตรวจพบเชื้อด้วยวิธี RT-PCR พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์รักษาหายมากกว่ากลุ่มที่ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจร 1.05 เท่า (IRR = 1.05, 95% CI 0.81-1.35, p = 0.38) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

พบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์มีจำนวน 3 ราย มีภาวะปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 0.9 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดยาฟ้าทะลายโจร มีจำนวน 4 ราย พบปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 4.9 (p = 0.016)

อาการทางคลินิกของผู้ป่วยวันที่ 5

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์และ

ตารางที่ 2. ประสิทธิผลของการรรักษา

Variable	Andrographolide	Favipiravir	p-value
All case	82	316	
Number of recoveries	78	313	0.016*
Rate of recoveries	95.1%	99.1%	
Number of Turn to pneumonia (moderate to severe)	4	3	0.016*
Rate of Turn to pneumonia	4.9%	0.9%	

IRR 1.05 (95% CI 0.81-1.35, p = 0.38)

Data presented as n (%) for categorical data, Chi-square test was used for analysis of categorical data. *significantly different; **multivariable poisson regression analysis was used for IRR (sex, age, weight, underlying disease, and Time to first dose were controlled)

ตารางที่ 3. อาการของผู้ป่วยในวันที่ 5

Symptom[a]	Andrographolide (n=82)	Favipiravir (n=316)	p-value[b]
Fever	4 (4.9)	5 (1.6)	0.074
Cough	35 (42.7)	125 (39.6)	0.607
Rhinorrhea	19 (23.2)	46 (14.6)	0.060
Sore throat	31 (37.8)	103 (32.6)	0.374
Dyspnea	6 (7.3)	8 (2.5)	0.036*
Diarrhea	5 (6.1)	10 (3.2)	0.214
Rash	2 (2.4)	8 (2.5)	0.962
Fatigue	9 (11.0)	42 (13.3)	0.576
Anosmia	31 (37.8)	99 (31.3)	0.265
Muscle train	5 (6.1)	27 (8.5)	0.468
Headache	10 (12.2)	25 (7.9)	0.222
Symptom free after day 5			0.495
Yes	23 (28.1)	101 (32.0)	
No	59 (71.9)	215 (68.0)	

[a]Data presented as n (%) for categorical data; [b]Chi-square test was used for analysis of categorical data, Fisher exact test was used to adjust with less than 5 observations for analysis of categorical data; *significantly different

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจรไม่มีอาการหลงเหลืออยู่ในวันที่ 5 หลังเข้ารับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 32 และร้อยละ 28.1 (p = 0.495) ดังตารางที่ 5 ตามลำดับ สำหรับอาการหลักที่พบในวันที่ 5 เป็นอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูกและสูญเสียการได้กลิ่นและรสชาติ แต่มีจำนวนลดลงจากวันแรก ซึ่งอาการที่ยังหลงเหลือในวันที่ 5 ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอาการหายใจลำบาก จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรอยู่ที่ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ (p = 0.036) จากตารางที่ 4 จะพบว่าเมื่อวิเคราะห์แบบ multivariable analysis ซึ่งควบคุมอิทธิพลของตัวแปล เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัวและระยะเวลาที่ได้รับยารักษาชุดแรก พบว่าอาการในวันที่ 5 ของผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มผู้ป่วยที่ให้ยาฟาวิพิราเวียร์จะมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดฟ้าทะลายโจร 71% (IRR = 0.29, 95% CI 0.096-0.85, p = 0.025)

ตารางที่ 4. การวิเคราะห์ multivariable analysis อาการของผู้ป่วยในวันที่ 5

Symptom	IRR	95% CI	p-value
Fever	0.30	0.078-1.168	0.08
Cough	0.93	0.635-1.365	0.71
Rhinorrhea	0.68	0.393-1.187	0.18
Sore throat	0.85	0.565-1.281	0.44
Dyspnea	0.29	0.097-0.853	0.025*
Diarrhea	0.49	0.167-1.491	0.21
Rash	0.89	0.185-4.317	0.89
Fatigue	1.14	0.549-2.374	0.72
Anosmia	0.92	0.610-1.395	0.70
Muscle strain	1.22	0.466-3.223	0.68
Headache	0.60	0.285-1.278	0.19

*Significantly different, Multivariable Poisson regression analysis was used for IRR (sex, age, weight, underlying disease, and time to first were controlled)

อาการของผู้ป่วยในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อาการในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยโควิด 19 ออกจากการดูแลของโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการในวันสุดท้ายของการรักษาแต่บางส่วนยังหลงเหลืออาการเล็กน้อยเช่นอาการไอ อาการสูญเสียการได้กลิ่นและรสชาติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5. อาการของผู้ป่วยในวันที่จำหน่าย

Symptom	Andrographolide (n=78)	Favipiravir (n=313)	p-value[b]
Cough	7 (9.0)	34 (10.9)	0.626
Rhinorrhea	3 (3.9)	7 (2.2)	0.420
Sore throat	0 (0.0)	6 (1.92)	0.218
Dyspnea	1 (1.3)	1 (0.3)	0.286
Rash	0 (0.0)	1 (0.3)	0.617
Red eye	1 (1.3)	1 (0.3)	0.286
Fatigue	2 (2.6)	6 (1.9)	0.718
Anosmia	6 (7.7)	31 (10.2)	0.500
Muscle strain	1 (1.3)	4 (1.3)	0.998
Headache	3 (3.9)	2 (0.6)	0.024*

[a]Data presented as n (%) for categorical data, [b] Chi-square test was used for analysis of categorical data and Fisher's exact test will be used for less than 5 observations, *Significantly different at 0.05

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีผลต่ออัตราการรักษาหายของยาแต่ละชนิด

ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ (p = 0.904) เพศ (p = 0.503) น้ำหนัก (p = 0.712) โรคประจำตัว (p = 0.329) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาได้รับยาวันแรก (p = 0.129) ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ที่รักษาหายและที่มีอาการปอดอักเสบ เช่นเดียวกับปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ (p = 0.493) โรคประจำตัว (p = 0.666) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาได้รับยาวันแรก (p = 0.334) ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจรที่รักษาหายและที่มีอาการปอดอักเสบ ในขณะที่มีความแตกต่างกันทางสถิติของค่าอายุเฉลี่ย (p = 0.006) และน้ำหนักเฉลี่ย (p = 0.015) ระหว่างกลุ่มผู้ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจร ที่รักษาหายและที่เปลี่ยนแปลงอาการไปสู่ปอดอักเสบ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีผลต่ออัตราการรักษาหายของยาแต่ละชนิด

Favipiravir (n=316)	Recovery	Turn to pneumonia	p-value
Age, years ±SD	37.87 (12.46)	37.00 (13.89)	0.904
Sex			0.503
Male (n, %)	148 (98.7)	2 (1.3)	
Female (n, %)	165 (99.4)	1 (0.6)	
Weight, kilogram ±SD	62.64 (11.02)	65.00 (9.00)	0.712
Underlying disease			0.329
Yes (n, %)	43 (97.7)	1 (2.3)	
No (n, %)	270 (99.3)	2 (0.7)	
Time to 1st dose, day ±SD	2.01 (1.49)	3.33 (1.53)	0.129
Andrographolide (n=82)	**Recovery**	**Turn to pneumonia**	**p-value**
Age, years ±SD	32.17 (11.92)	49.50 (9.29)	0.006*
Sex			0.493
Male (n, %)	33 (97.1)	1 (2.9)	
Female (n, %)	45 (93.7)	3 (6.3)	
Weight, kilograms ±SD	58.54 (10.38)	71.75 (10.78)	0.015*
Underlying disease			0.666
Yes (n, %)	13 (92.9)	1 (7.1)	
No (n, %)	65 (95.6)	3 (4.4)	
Time to 1st dose, day ±SD	1.88 (1.81)	1.00 (0.00)	0.334

Data presented as the mean (SD) for continuous data, Data presented as n (%) for categorical data. Chi-square test was used for analysis of categorical data and Fisher's exact test will be used for less than 5 observations, T-test was used for continuous data, *Significantly different at 0.05

วิจารณ์

ลักษณะของผู้ป่วยโควิด 19 ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยเพศชายและหญิงที่ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัว แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ มีอายุเฉลี่ย น้ำหนักเฉลี่ยที่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจร ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ดังเช่นงานวิจัยของอัมพร เบญจพลพิทักษ์[11] และคณะ งานวิจัยของ Fujii[5] จัดเป็นผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (mild symptoms)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจรมีอัตราการหายป่วยหลังติดตามการรักษาครบ 14 วัน นับจากวันแรกที่มีอาการหรือตรวจพบเชื้อและเข้าเกณฑ์การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยไม่ต่างกัน (IRR = 1.05, 95% CI 0.81-1.35, p = 0.38) จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 90 หายเป็นปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปสู่อาการปอดอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่สนับสนุนว่าฟ้าทะลายโจร[10,18] ช่วยลดอาการรุนแรงของโรคโควิด 19 และยาฟาวิพิราเวียร์ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น[19] หายป่วยมากกว่าร้อยละ 90[20] และอาการทางคลินิกดีขึ้นภายใน 2 วันหลังจากได้รับยา[21]

สำหรับการดำเนินโรคพบว่าอาการของผู้ป่วยในวันที่ 5 ผู้ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าผู้ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจร 71% (p = 0.036) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ช่วยให้อัตราการอาการหายใจดีขึ้นและอาการหอบเหนื่อยลดลง[22,23] โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรและมีอาการทางคลินิกแย่ลงไปสู่ปอดอักเสบนั้นมีค่าเฉลี่ยของอายุ (p = 0.006) และน้ำหนัก (p = 0.015) ที่มากกว่ากลุ่มที่หายเป็นปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยฉบับนี้จึงสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศ[10,11,21,22,24] และต่างประเทศ[5-9,20,23] ที่พบว่ายาทั้งสองชนิดนั้นบรรเทาอาการของโรคโควิด 19 ทำให้อาการทางคลินิกของคนไข้ดีขึ้นและไม่พบอาการแสดงใด ๆ ตั้งแต่วันที่ 5 มากถึงร้อยละ 30 และพบว่าการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์หรือสารสกัดฟ้าทะลายโจรให้ประสิทธิผลการรักษาเท่ากันในแง่มุมของอัตราการหายและอัตราการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ทั้งนี้งานวิจัยในปัจจุบันที่เปรียบเทียบยาทั้งสองชนิดในงานวิจัยเดียวยังมีจำกัด เพราะฉะนั้นการนำผลวิจัยนี้ไปใช้จึงควรปรับตามบริบทของโรงพยาบาลและผู้ป่วยในพื้นที่นั้น ๆ ตามความเหมาะสม

ข้อเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของการวิจัยนี้คือศึกษายาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในกลุ่มที่ไม่มีอาการรุนแรง ในช่วงการระบาดของโควิดสายพันธุ์เดลต้าซึ่งมีทั้งการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรที่ยังไม่พบข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบยาทั้งสองชนิดในงานวิจัยเดียวกันในประเทศไทย ผลการศึกษาจึงเป็นประโยชน์และสามารถนำไปต่อยอดด้านการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ต่อได้

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ ทำขึ้นในช่วงที่ประเทศไทยยังมีผู้ได้รับวัคซีนน้อยมากยังไม่แพร่หลายจึงไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาต่อยอดในด้านของ cost-effectiveness analysis เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษา รวมถึงการศึกษาแบบพหุสถาบันและการวิเคราะห์อภิมานระหว่างการใช้ยาทั้งสองชนิดในการรักษาผู้ป่วยโควิด

สรุป

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการเล็กน้อยครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์และสารสกัดฟ้าทะลายโจรในด้านของการรักษาหายไม่ต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาใช้ยารักษาผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มสีเขียวจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษารวมถึงด้านการบริหารจัดการในกรณีที่ยาชนิดในชนิดหนึ่งเกิดการขาดแคลนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COVID-19 Clinical management: living guidance [Internet]. 2021 [cited 2021 July 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 571 ประจำวันที่ 27 กรกฎาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php
3. สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เผยการเฝ้าระวังการระบาดการกลายพันธุ์เชื้อโควิด-19 พบสายพันธุ์เดลต้า 76 จังหวัดในประเทศไทยแล้ว ขณะที่กทม. พบมากถึง 95.4% [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://msto.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetil.php?id=329
4. Furuta Y, Komeno T, Nakamira T. Favipiravir (T-705), A broad-spectrum inhibitor of viral RNA polymerase. Proceedings of the Japan Academy, Series B. 2017;93:449-63.
5. Fujii S, Ibe Y, Ishigo T, Inamura H, Kunimoto Y, Fujiya Y, et al. Early favipiravir treatment was associated with early defervescence in non-severe COVID-19 patients. J Infect Chemother. 2021;27:1051-7.
6. Manabe T, Kambayashi D, Akatsu H, Kudo K. Favipiravir for the treatment of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2021;21:489.
7. Karatas E, Aksoy L, Ozaslan E. Association of early favipiravir use with reduced COVID-19 fatality among hospitalized patients. Infect Chemother. 2021;53:300-7.
8. Cai Q, Yang M, Liu D, Chen J, Shu D, Xia J, et al. Experimental treatment with favipiravir for COVID-19: an open-label control study. Engineering. 2020;6:1192-8.
9. Madav S, Tripathi H, Tandan M. Analgesic, anti-pyretic and antiulcerogenic effect of andrographolide. [Internet]. 1995 [cited 2021 Aug 1]. Available from: https://academic.microsoft.com/paper/2264134889/citedby/search?q=Analgesic%2C%20Antipyretic%20And%20Antiulcerogenic%20Effects%20Of%20Andrographolide&qe=RId%253D2264134889&f=&orderBy=0

10. ดารารัตน์ รัตนรักษ์, รุจิรา เข็มเพชร, อุษณีย์ พูลวิวัฒนกูล, สิรีธร นิมิตวิไล, อรอนงค์ เหล่าตระกูล, ปิยะวรรณ ศรีมณี. ประสิทธิผลและความปลอดภัยของสารสกัดฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษา ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อย โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2021;40: 269-82.
11. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, ธิติ แสวงธรรม, เทวัญ ธานีรัตน์, กุลธนิต วนรัตน์. รายงานสังเขปผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วย Covid-19. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2021; 19:247-51.
12. คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับวันที่ 4 พฤษภาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8613
13. คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับวันที่ 25 มิถุนายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=135
14. World Health Organization. Clinical management of covid 19 interim guidance May 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 December 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf
15. คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640721115923AM_CPG_COVID_v.16.4.n.pdf
16. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำและการจัดการบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home isolation ฉบับวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=136
17. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury: Thomson learning; 2000.
18. Ratiani L, Pachkoria E, Mamageishvili N, Shengelia R, Hovhannisyan A, Panossian A. Efficacy of Kan Jang® in patients with mild COVID-19: interim analysis of a randomized, quadruple-blind, placebo-controlled trial. Pharmaceuticals. 2022;15:1013.
19. Hassanipour S, Arab-Zozani M, Amani B, Heidarzad F, Fathalipour M, Martinez-De-Hoyo R. The efficacy and safety of Favipiravir in treatment of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Sci Rep. 2021;11(1):11022.
20. Joshi S, Vora A, Venugopal K, Dadhich P, Daxini A, Bhagat S, et al. Real-world experience with favipiravir for the treatment of mild-to-moderate covid-19 in India. Pragmat Obs Res. 2022;13:33-41.
21. Sirijatuphat R, Manosuthi W, Niyomnaitham S, Owen A, Copeland KK, Charoenpong L, et al. Early treatment of Favipiravir in COVID-19 patients without pneumonia: a multicentre, open-labelled, randomized control study. Emerg Microbes Infect. 2022;11:2197-206.
22. Rattanaumpawan P, Jirajariyavej S, Lerdlamyong K, Palavutitotai N, Saiyarin J. Real-world effectiveness and optimal dosage of favipiravir for treatment of COVID-19: results from a multicenter observational study in Thailand. Antibiotics. 2022;11:805.
23. Tabarsi P, Vahidi H, Saffaei A, Hashemian SMR, Jammati H, Daraei B, et al. Favipiravir effects on the control of clinical symptoms of hospitalized COVID-19 cases: an experience with iranian formulated Dosage Form. Iran J Pharm Res. 2021;20:1-8.
24. Surapat B, Kobpetchyok W, Kiertiburanakul S, Arnuntasupakul V. Use of favipiravir for the treatment of coronavirus disease 2019 in the setting of hospitel. Int J Clin Pract. 2022;3098527. doi: 10.1155/2022/3098527

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 251-258.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดในผู้ป่วยโควิดที่ได้รับการดูแลแบบกักตัวที่บ้าน

พชร พุ่มจันทร์, พบ.,[1] ญาณิศา ศุภศิริสันต์, พบ.[2]

[1]โรงพยาบาลหนองไผ่ จ.เพชรบูรณ์, [2]ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ญาณิศา ศุภศิริสันต์, พบ., ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร 10300, ประเทศไทย
Email: yanisa@nmu.ac.th.

Received: June 26, 2022;
Revised: September 12, 2022;
Accepted: January 10, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 หลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลกระทบทางสุขภาพจิตและมีภาวะเครียด ภายหลังมีการปรับเปลี่ยนโดยเพิ่มการรักษาแบบกักตัวที่บ้าน (home isolation) ในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาความชุกของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย Home Isolation ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: ศึกษาความชุกของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโควิด-19 ในหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

รูปแบบวิจัย: Retrospective descriptive study

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังผลการประเมิน ST5 และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโควิด-19 รายใหม่ในหอผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม - 8 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 508 คน

ผลการศึกษา: ความชุกของผู้ป่วยที่มีความเครียดปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 7.3 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนร้อยละ 42.6 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชากรในการศึกษาครั้งนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความกังวลของผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดปานกลางและเครียดมากมีความกังวลเรื่องสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 48.6

สรุป: ความชุกของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านมีความเครียดปานกลางและมากมีจำนวนค่อนข้างน้อย ความกังวลของผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียด โดยส่วนใหญ่กังวลเรื่องสุขภาพ ควรมีการนำ ST5 มาเป็นเครื่องมือในการคัดกรองเบื้องต้น เนื่องจากผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองได้ ทำให้บุคลากรตระหนักถึงภาวะความเครียดของผู้ป่วย สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงได้ทันท่วงทีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความกังวลเรื่องสุขภาพและมีปัญหาการนอน และรีบให้การรักษา

คำสำคัญ: โควิด-19 ภาวะเครียด การดูแลแบบกักตัวที่บ้าน

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 251-258.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Related Factors of Stress Symptoms Among COVID-19 Patients in Home Isolation Program

Pachara Pumjun, MD.,[1] Yanisa Supasirisun, MD.[2]

[1]Nong Phai Hospital, Phetchabun Province, [2]Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :
Yanisa Supasirisun, MD., Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300, Thailand
Email: yanisa@nmu.ac.th.

Received: June 26, 2022;
Revised: September 12, 2022;
Accepted: January 10, 2023

ABSTRACT

Background: The COVID-19 pandemic caused mental health problems and was associated with stress in patients hospitalized with COVID-19. In addition to hospitalization, home isolation for COVID-19 patients was implemented in Thailand for treating asymptomatic or mildly symptomatic patients. This study aimed to study the prevalence of stress and factor-associated stress symptoms in home isolation patients.

Objective: To study the prevalence and factors associated with stress symptoms in home isolation patients, Vajira Hospital

Design: Retrospective descriptive study.

Methods: The stress level records of 508 COVID-19 patients were retrospectively reviewed by ST5 questionnaire, including demographic data and patients' concerns about the COVID-19 pandemic. In-home isolation program of Vajira Hospital was evaluated from 26 July to 8 October 2021.

Results: The prevalence rate of stress was 7.3% with 46.7% of stressed patients having sleep problems. Demographic data (age, education, occupation, marital status, and underlying diseases) was not associated with stress levels. However, the patient's concern about the COVID-19 pandemic has been significantly associated with stress levels ($p < 0.001$). Most moderate to severely stressed patients were concerned about their health (48.6%).

Conclusion: The prevalence rate of stress in home isolation patients was low. Patient's concerns about the COVID-19 pandemic, particularly health problems was significantly associated with stress levels. Physicians and healthcare workers can use the ST5 as a screening tool to assess stress levels. The patients can easily answer the questionnaire themselves. ST5, a screening tool, could be implemented for the early detection and treatment of high-stress patients, especially those with health concerns and sleep problems.

Keywords: COVID-19, stress, home isolation

บทนำ

ตั้งแต่เดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 มีรายงานการเกิดกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน[1] จากการระบาดของไวรัส SARS-CoV-2 ทำให้เกิดโรค Coronavirus disease 2019 (COVID-19) ต่อมาในเดือนมกราคม ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศจากการระบาดของโควิด-19[2] ซึ่งการระบาดดังกล่าวส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ส่งผลต่อการบริการทางสาธารณสุข การเดินทาง การท่องเที่ยว การศึกษา กิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ รวมถึงส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ[3]

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 นอกสาธารณรัฐประชาชนจีน[4] โดยหลังจากการแพร่ระบาดในระลอก 3 ของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา ไทยมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานสถานการณ์ประจำวันของศูนย์บริการภาวะฉุกเฉิน[5] กรมควบคุมโรคประจำวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสมในประเทศไทย 1,1001,418 คน และจำนวนผู้เสียชีวิตจากการระบาดในระลอก 3 จำนวน 8,993 คน จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุข[6] มีการปรับเปลี่ยนแนวทางบริการทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (asymptomatic) หรือมีอาการเล็กน้อยและไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย สามารถเลือกรับการรักษาโดยการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) โดยจัดให้มีการดูแลรักษาด้วยยา จัดส่งเครื่องมือที่จำเป็นเช่น อุปกรณ์วัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว อาหารและยาให้ผู้ป่วย ประเมินอาการและให้คำปรึกษาจนครบระยะเวลากักตัว 14 วัน

การติดเชื้อโรคโควิด-19 นอกจากส่งผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยอาจประสบผลกระทบทางสุขภาพจิต เช่น เครียด ซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาในไทยพบว่าผู้ป่วยโควิดมีปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของวรินทิพย์ สว่างศรี และคณะ[7] ได้ศึกษาถึงความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบได้ร้อยละ 30.8 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เท่ากับร้อยละ 16.5

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาในโดยการแยกกักตัวที่บ้าน อาจมีแนวโน้มทำให้เกิดความเครียดจากความไม่สบายกายเนื่องจากอาการที่เกิดจากโรคโควิด-19 ความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่เข้าใจในตัวโรค ความห่างไกลแพทย์และทีมผู้ดูแล หรือจากการที่ต้องอยู่อาศัยในที่เดิมเป็นเวลานาน ไม่สามารถพบปะผู้คนได้ จากการศึกษาของ Henssler และคณะ[8] ที่ศึกษาผลกระทบของโควิด-19 ในประชากรที่มีการแยกตัวและกักตัว พบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการกักตัว ทั้งในด้านความวิตกกังวล (odds ratio 2.0; 95% CI 0.883-4.527) และความเครียด (odds ratio 2.742; 95% CI 1.496-5.027) ทางผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโควิดที่ได้รับการดูแลแบบกักตัวที่บ้าน จึงได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบกักตัวที่บ้าน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาแบบกักตัวที่บ้าน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาแบบกักตัวที่บ้าน

วัสดุและวิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study เก็บข้อมูลย้อนหลังจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยเก็บข้อมูลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคมถึงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่ ที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และมีผลการประเมินความเครียด ST5 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ อาสาสมัครไม่ให้ข้อมูล และมีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลที่นำมาศึกษาคือข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และปัจจัยที่ผู้ป่วยกังวลต่อสถานการณ์โควิด-19 และแบบคัดกรองความเครียด ST5 จำนวน 5 ข้อ ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกทั้งหมด 508 คน จากผู้ป่วย 987 คน ดังรูปที่ 1

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโควิดที่ได้รับการดูแลแบบกักตัวที่บ้านใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

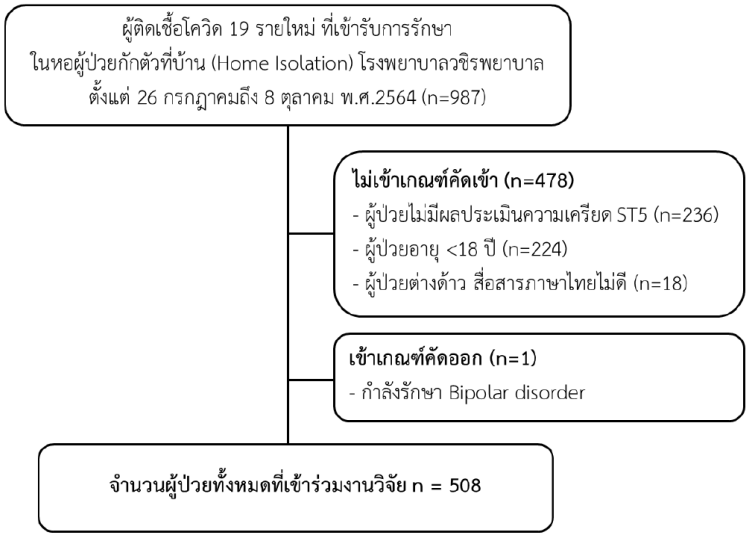
ผลการวิจัย

จากผู้ป่วย 987 คน มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกทั้งหมด 508 คน ความชุกของภาวะเครียดพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดน้อยหรือไม่เครียด ร้อยละ 92.7 รองลงมาคือเครียดปานกลางและเครียดมาก ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาระดับความเครียดรายข้อตามแบบสอบถาม ST5 พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก ร้อยละ 42.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 40-60 ปี มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายและว่างงาน มีสถานภาพโสด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกังวลต่อสถานการณ์โควิด-19 โดยกังวลในเรื่องสุขภาพมากที่สุด โดยพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และปัจจัยที่ผู้ป่วยกังวลต่อสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยใน

ตารางที่ 1. ระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยใน home isolation

ระดับความเครียด	จำนวน (ร้อยละ)	95% CI
เครียดน้อย/ไม่เครียด (ST5 score 0-4)	471 (92.7)	[90.1-94.8]
เครียดปานกลาง (ST5 score 5-7)	32 (6.3)	[4.3-8.8]
เครียดมาก (ST5 score 8-15)	5 (1.0)	[0.3-2.3]



รูปที่ 1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2. ระดับความเครียดจำแนกรายข้อ

รายข้อ	แทบไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	เป็นครั้งคราว จำนวน (ร้อยละ)	มีบ่อย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	เป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)
มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	291 (57.3)	151 (29.7)	48 (9.4)	18 (3.5)
มีสมาธิน้อยลง	399 (78.5)	91 (17.9)	15 (3.0)	3 (0.6)
หงุดหงิด กระวนกระวายหรือว้าวุ่นใจ	346 (68.1)	133 (26.2)	22 (4.3)	7 (1.4)
รู้สึกเบื่อ เซ็ง	355 (69.9)	130 (25.6)	18 (3.5)	5 (1.0)
ไม่อยากพบปะผู้คน	441 (86.8)	55 (10.8)	9 (1.8)	3 (0.6)

ผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดปานกลางและเครียดมาก มีความกังวลเรื่องสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 48.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

ความชุกของความเครียดในหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เท่ากับร้อยละ 7.3 เมื่อเทียบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจในกลุ่มประชากรทั่วไปในช่วงการระบาดของโควิด-19[9] ที่มีการเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบความชุกของความเครียดร้อยละ 8.1-81.9 และการศึกษาความชุกของการรับรู้ความเครียดในกรุงเทพมหานคร[7] ช่วงระหว่างเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่าความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 30.8 จะเห็นได้ว่าความชุกของความเครียดในหอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน (home isolation) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ต่ำกว่าการศึกษาที่กล่าวมามาก เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในการระบาดระลอกที่ 3 ในประเทศไทย อาจจะทำให้ประชาชนมีการเตรียมตัวและปรับตัวต่อสถานการณ์ของการระบาด ทำให้ความชุกของความเครียดน้อยกว่าในช่วงแรกของการระบาดได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการ ไม่มีโรคประจำตัว อาจทำให้โอกาสเกิดความเครียดน้อยกว่าได้

พิจารณาความเครียดรายข้อตามแบบสอบถาม ST5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก ร้อยละ 42.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น[10,11] ข้อมูลพื้นฐานด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชากรในการศึกษาครั้งนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากการศึกษาอื่น[7,12] ที่พบความชุกในเพศหญิงมากกว่า แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nkire และคณะ[13] ในอเมริกาและการศึกษาในคลินิกหมอครอบครัว บ้านทุ่งเสี้ยว[14] อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานต่อความชุกของความเครียด

ความกังวลของผู้ป่วยต่อสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยในผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดปานกลางและเครียดมาก มีความกังวลเรื่องสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือความกังวลด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ ทั้งที่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 อาจทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปได้ในระยะยาว การระบาดของโควิด-19 ทำให้บุคคลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจที่แย่ลง คนว่างงาน เกิดความไม่มั่นคงในอนาคต สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ในปัจจุบัน

ข้อเด่นและข้อจำกัดของงานวิจัย

ข้อเด่นของงานวิจัย เป็นงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโควิดที่ได้รับการรักษาแบบกักตัวที่บ้านซึ่งเป็นช่วงแรกของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษา และยังไม่มีข้อมูลในประเทศไทย การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากที่แพทย์สอบถามข้อมูลผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยสามารถสอบถามกลับได้เมื่อไม่เข้าใจในคำถามหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมได้และทำให้ได้ข้อมูลได้ครบถ้วนในทุกข้อคำถาม

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย (demographic data) กับระดับความเครียดของผู้ป่วยใน home isolation

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย	ทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย	เครียดปานกลางและเครียดมาก	p-value
เพศ				0.187
ชาย	203 (40.0)	192 (40.8)	11 (29.7)	
หญิง	305 (60.0)	279 (59.2)	26 (70.3)	
อายุ (ปี)				0.616
Mean±SD 42.81±15.63				
Min 18, Max 81				
18-25 ปี	88 (17.3)	84 (17.8)	4 (10.8)	
25-40 ปี	142 (28.0)	129 (27.4)	13 (35.1)	
40-60 ปี	201 (39.6)	186 (39.5)	15 (40.5)	
> 60 ปี	77 (15.2)	72 (15.3)	5 (13.5)	
ระดับการศึกษา				0.154
ไม่ได้เรียน	7 (1.4)	7 (1.5)	0 (0.0)	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	242 (47.6)	221 (46.9)	21 (56.8)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	101 (19.9)	90 (19.1)	11 (29.7)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	39 (7.7)	39 (8.3)	0 (0.0)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	116 (22.8)	111 (23.6)	5 (13.5)	
อื่น ๆ	3 (0.6)	3 (0.6)	0 (0)	
อาชีพ				0.099
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	35 (6.9)	33 (7.0)	2 (5.4)	
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	91 (17.9)	88 (18.7)	3 (8.1)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	128 (25.2)	116 (24.6)	12 (32.4)	
รับจ้าง	90 (17.7)	85 (18.0)	5 (13.5)	
นิสิต/นักศึกษา	36 (7.1)	36 (7.6)	0 (0.0)	
ว่างงาน/	127 (25.0)	112 (23.8)	15 (40.5)	
อยู่ในระหว่างหางานอื่น ๆ	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	
สถานภาพ				0.525
โสด	338 (66.5)	315 (66.9)	23 (62.2)	
สมรส	154 (30.3)	141 (29.9)	13 (35.1)	
หม้าย	5 (1.0)	4 (0.8)	1 (2.7)	
หย่าร้าง	9 (1.8)	9 (1.9)	0 (0.0)	
อื่น ๆ	2 (0.4)	2 (0.4)	0 (0.0)	
โรคประจำตัว				0.845
ไม่มี	391 (77.0)	362 (76.9)	29 (79.4)	
มี	177 (23.0)	109 (23.1)	8 (21.6)	
ปัจจัยที่ผู้ป่วยกังวลต่อสถานการณ์โควิด-19				< 0.001
ไม่มีเรื่องใดเป็นพิเศษ	152 (29.9)	146 (31.0)	6 (16.2)	
สุขภาพ	140 (27.6)	122 (25.9)	18 (48.6)	
การเรียน/การทำงาน	40 (7.9)	39 (8.3)	1 (2.7)	
ครอบครัว	56 (11.0)	48 (10.2)	8 (21.6)	
การเงิน เศรษฐกิจ	117 (23.0)	114 (24.2)	3 (8.1)	
อื่น ๆ	3 (0.6)	2 (0.4)	1 (2.7)	

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามแรกรับโดยแพทย์เพียงครั้งเดียว ไม่สามารถบอกได้ถึงความชุกของความเครียดที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ในขณะที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยแล้ว และเนื่องจากเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรทั้งกรุงเทพมหานครได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ST5 เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อให้บุคลากรได้มีการตระหนักถึงภาวะความเครียดของผู้ป่วย การวางแผนในเชิงนโยบายสามารถใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองในประชากรโดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงได้ทันท่วงที โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความกังวลเรื่องสุขภาพและมีปัญหาการนอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยในอนาคต อาจมีการเก็บข้อมูลก่อนเข้ารับการดูแล ขณะเข้ารับการรักษาตัวและหลังจากผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยแล้ว เพื่อหาความถี่ที่เหมาะสมที่จะช่วยเพิ่มความแม่นยำและจำเพาะของแบบคัดกรอง เพื่อประเมินภาวะความเครียด รวมถึงศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น สภาพที่อยู่ที่เข้ากักตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย รวมถึงความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยได้

สรุป

ความชุกของผู้ป่วยที่มีความเครียดปานกลางและมากค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบการศึกษาที่ผ่านมา ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ความกังวลของผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียด ส่วนใหญ่มีความกังวลเรื่องสุขภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการนอน โดย ST5 เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อให้บุคลากรได้มีการตระหนักถึงภาวะความเครียดของผู้ป่วย สามารถใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองในประชากรโดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงได้ทันท่วงที โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความกังวลเรื่องสุขภาพและมีปัญหาการนอน

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Disease Outbreak News: COVID-19 - China [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 11] Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233
2. James Gallagher. Coronavirus declared global health emergency by WHO [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 11] Available from: https://www.bbc.com/news/world-51318246
3. World health organization. Disease outbreak news: COVID-19 – global [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 11] Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON305
4. World health organization. Disease outbreak news: Novel Coronavirus – Thailand [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON234
5. ศูนย์บริการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำวันที่ 21 สิงหาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2564] เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/ situation/situation-no596-210864.pdf
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2564] เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=136
7. Warintip Sawangsri, Nantayoot Hasitawech, Chonticha Yamma, Nattapapon Rattanatrai, Dutsadee Juengsiragulwit. Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok. Journal of Mental Health of Thailand. 2021;29:114-24.
8. Henssler J, Stock F, van Bohemen J, Walter H, Heinz A, Brandt L. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2021;271:223-34.
9. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. J Affect Disord. 2020;277:55-64.
10. Alimoradi Z, Broström A, Tsang HWH, Griffiths MD, Haghayegh S, Ohayon MM, et al. Sleep problems during COVID-19 pandemic and its' association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2021;36:100916.
11. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients

discharged from hospital: a cohort study. The Lancet. Lancet. 2021;397(10270):220-32.
12. TMGH-Global COVID-19 Collaborative. Perceived stress of quarantine and isolation during COVID-19 pandemic: a global survey. Front Psychiatry. 2021; 12:656664.
13. Nkire N, Mrklas K, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, et al. COVID-19 pandemic: demographic predictors of self-isolation or self-quarantine and impact of isolation and quarantine on perceived stress, anxiety, and depression. Front Psychiatry. 2021;12:553468.
14. Wijitraphan T. Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province. Journal of Mental Health of Thailand 2021;29:12-21.

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 259-267.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้ของญาติผู้ป่วยต่อกระบวนการประชุมครอบครัวที่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ญาณิศา ศุภศิริสันต์, พบ.,[1] ธนกร จงเจษฎ์, พบ.,[2] บาศมน มโนมัยพิบูลย์, พบ.[1]

[1]ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, [2]โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:
บาศมน มโนมัยพิบูลย์, พบ.,
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย
Email: basmon@nmu.ac.th

Received: December 12, 2022;
Revised: January 4, 2023;
Accepted: March 14, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีการจัดประชุมครอบครัวเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรคและวางแผนแนวทางการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำเทคนิค SPIKES protocol มาประยุกต์ใช้ แต่การประเมินประสิทธิผลของการสื่อสารยังมีข้อจำกัด ทางผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการประชุมครอบครัวเพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการในการสื่อสารระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับญาติผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการประชุมครอบครัวต่อไป

รูปแบบการวิจัย: ศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมประชุมครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง สื่อสารใช้หลัก SPIKES protocol โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 100 คน ใช้แบบประเมินการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของแพทย์และญาติผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยสอดคล้องกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารในระดับปานกลางถึงดีมาก มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ร้อยละความสอดคล้อง คือ 96-100 สัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3902-0.8837 ในขณะที่การพูดคุยด้านอารมณ์มีค่าความสอดคล้องต่ำกว่าด้านอื่น ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวในระดับดีมาก

สรุป: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถนำหลัก SPIKES protocol มาใช้ในการประชุมครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัว

คำสำคัญ: การประชุมครอบครัว การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เทคนิค SPIKES

PCFM Vol 6 No. 3 Jul-Sep 2023: 259-267.

ORIGINAL ARTICLE

Perception of Family Members After Family Meetings in Palliative Care Provided by Family Physicians

Yanisa Supasirisun, MD.,[1] Thanakorn jongjaid, MD.,[2] Basmon Manomaipiboon, MD., MSc.[1]

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, [2]Ratchaphipat Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :
Basmon Manomaipiboon, MD., MSc., Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Dusit District, Bangkok 10300, Thailand
Email: basmon@nmu.ac.th

Received: December 12, 2022;
Revised: January 4, 2023;
Accepted: March 4, 2023

ABSTRACT

Background: Family meetings are an essential component of palliative care to clarify treatment goals between the patient, family, and health care providers. Communication is also a fundamental component to establish an understanding of the care plan. The SPIKES protocol framework for family meetings were utilized in the palliative care unit to generate treatment goals. Evaluation of the SPIKES protocol framework for family meeting efficacy guides us to improve the family meeting in our practice. This study aimed to assess family members' perceptions of the process of family meetings in palliative care compared with family physicians' perceptions.

Design: A cross-sectional study.

Methods: To examine family members' perceptions and family physicians' perceptions during a family meeting using the SPIKES protocol. One hundred family member participants were enrolled. A questionnaire survey was applied based on six attributes derived from the SPIKES protocol.

Results: A moderate to excellent level of agreement was shown between family physicians' and family members' perceptions in family meetings in palliative care. (κ = 0.3902-0.8837, % agreement = 96-99 %, $p < 0.001$). Discrepancies were more evident in issues involving emotions. The satisfaction level of family members in the family meeting was at an excellent level.

Conclusion: The SPIKES protocol framework for family meetings can guide family physicians and family members to establish goals of care for palliative patients with more empathy. To create an understanding between physicians and family members, the SPIKES protocol could increased satisfaction for family meetings.

Keywords: family meeting, palliative care, SPIKES protocol

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำจำกัดความว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) เป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อชีวิต ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ[1-3]

วิธีที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย คือ การประชุมครอบครัว (family meeting)[4] โดยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ[5] และถูกนำมาใช้บ่อยในการพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรค และการวางแผนการรักษา[6,7]

ในประเทศแคนาดาได้มีการนำ SPIKES protocol มาประยุกต์ใช้ในการแจ้งข่าวร้าย และการประชุมครอบครัวที่จำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจที่ยากลำบาก[8,9] โดยประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่[10,11]

1. การเตรียมความพร้อม (setting)
2. การประเมินว่าผู้ป่วยทราบอาการเจ็บป่วยของตนแค่ไหน (perception)
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง (invitation)
4. การให้ข้อมูลผู้ป่วย (knowledge)
5. การแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (empathy)
6. การสรุปเรื่องที่ได้พูดคุย (summary and strategy)

ในปัจจุบันการประชุมครอบครัวยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางคำถามที่ชัดเจน แต่มุ่งเน้นการจัดการกับความเศร้าและการพูดถึงการเสียชีวิต[12,13] โดยพบว่าการศึกษาวิจัยการรับรู้ในการแจ้งข่าวร้ายเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากหลัก SPIKES protocol ผลพบว่าความสอดคล้องในการรับรู้การสื่อสารต่ำ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับปานกลาง[14]

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นจำนวนมาก วชิรพยาบาลมีการจัดประชุมครอบครัวโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะและได้ผ่านการอบรมเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรคและวางแผนแนวทางการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวตามมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการประชุมครอบครัวเพื่อพูดคุยถึงแนวทางการรักษาล่วงหน้าโดยควรทำขณะผู้ป่วยยังมีสติรู้ตัวดี[15] แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนเรื่องการดูแลในระยะท้ายไว้ล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลในระยะท้าย มี PPS < 30[16,17] ไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะสื่อสาร และตัดสินใจได้ตามปกติ ดังนั้น ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนคือญาติซึ่งเป็นไปตามกฎหมาย[18,19] การพูดคุยประชุมครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเน้นด้านการคุยกับญาติเป็นหลัก[20] การรับรู้กระบวนการและขั้นตอนของการประชุมครอบครัวจึงมีความสำคัญ เนื่องจากแสดงถึงความเข้าใจของญาติต่อข้อมูลที่แพทย์ได้สื่อสารออกมา ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการประชุมครอบครัวที่เปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้รับการรักษา ทางผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยนี้ขึ้นโดยเพื่อศึกษาการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยและให้คำปรึกษาในการประชุมครอบครัวของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและครอบครัวผู้ป่วย ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS < 30 ซึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะสื่อสารและตัดสินใจได้ตามปกติ เพื่อประเมินว่าการสื่อสารของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้มากน้อยเพียงใดและสอดคล้องกับที่แพทย์สื่อสารหรือไม่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา กลุ่มเป้าหมาย คือ ญาติของผู้ป่วยทุกคนที่ผ่านเกณฑ์คัด

เลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย และเข้าร่วมการประชุมครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการพูดคุยเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยใน วชิรพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงมกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 100 คน[21,22] และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นผู้พูดคุยในการประชุม โดยระหว่างการพูดคุยมีการให้บุคคลที่สามที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวเป็นผู้สังเกตการณ์ เพื่อลดความลำเอียงจากการตอบแบบสอบถามของแพทย์ วิธีดำเนินการวิจัยแสดงดังรูปที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ PPS < 30 ซึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ
- ญาติสามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

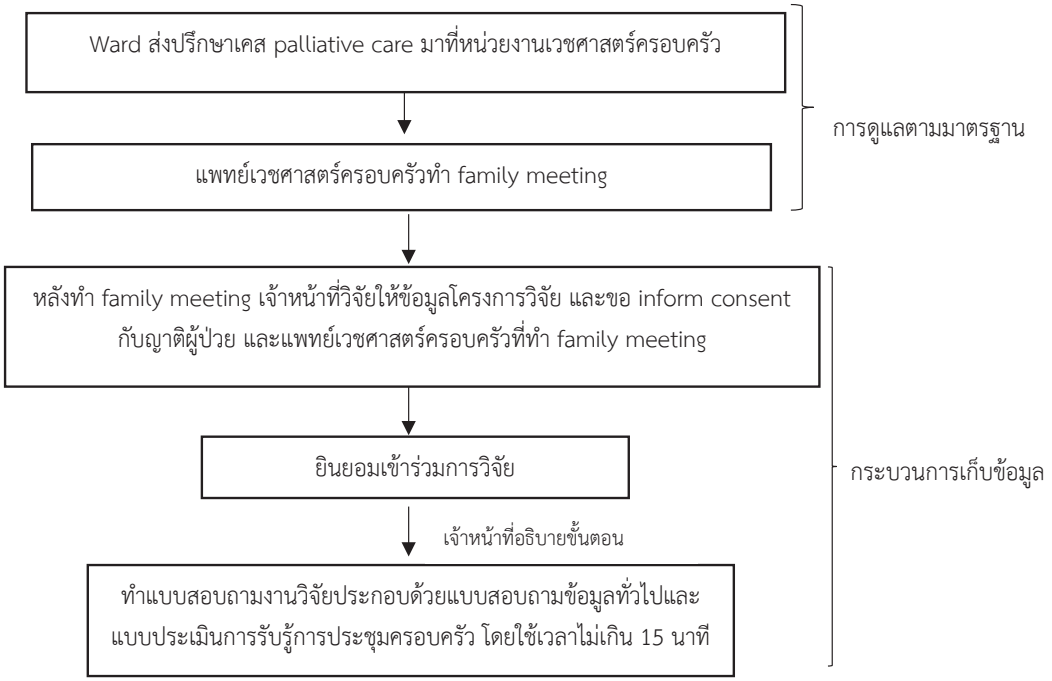
- ตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สมองเสื่อม หรือโรคทางจิตเวช

วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา เศรษฐานะ บทบาทและความใกล้ชิดของญาติในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์เกี่ยวกับการประชุมครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เก็บข้อมูลการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของแพทย์และญาติผู้ป่วยผ่านแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากหลักการของ SPIKES protocol และงานวิจัยของ Toutin-Dias และคณะ[14] แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ คำถามข้อ 1, 2, 3 อยู่ในหมวด setting, ข้อ 4 อยู่ในหมวด perception, ข้อ 5 อยู่ในหมวด invitation, ข้อ 6, 7, 8 อยู่ในหมวด knowledge, ข้อ 9, 10, 11, 12, 13 อยู่ในหมวด empathy, ข้อ 14, 15, 16 อยู่ในหมวด summary and strategy, ข้อ 17 เป็นการประเมินความพึงพอใจ และข้อ 18 เป็นข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทั่วไป นำเสนอโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการรับรู้การประชุมครอบครัว วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) ประเมิน % agreement



รูปที่ 1. วิธีดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคองณ หอผู้ป่วยใน วชิรพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 51) การศึกษาระดับปริญญา (ร้อยละ 47) บทบาทในการดูแลส่วนใหญ่คือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ (ร้อยละ 53) และเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายหลัก (ร้อยละ 47) ซึ่งส่วนมากของญาติผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การประชุมครอบครัว (ร้อยละ 93) หรือการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาก่อน (ร้อยละ 83)

การเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากการประชุมครอบครัวที่จัดโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีร้อยละของความสอดคล้อง (% agreement) ร้อยละ 96-100 และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3902-0.8837 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

คำถามข้อ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 15 แพทย์ได้ทำขั้นตอนการสื่อสารครบถ้วน ทำให้เกิดข้อมูลที่สมบูรณ์ โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 100 ถือเป็นค่าความสอดคล้องระดับดีมาก จึงไม่สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนได้

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	35 (35)
หญิง	65 (65)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 60 ปี	83 (83)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	17 (17)
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด 25 ปี, สูงสุด 79 ปี)	50.95±10.16
อาชีพ	
ข้าราชการ	12 (12)
ค้าขาย	23 (23)
ธุรกิจส่วนตัว	15 (15)
รับจ้าง	34 (34)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (7)
อื่น ๆ (พนักงานบริษัท)	9 (9)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี/ภรรยา	20 (20)
พี่/น้อง	18 (18)
บุตร	51 (51)
บิดา/มารดา	5 (5)
อื่น ๆ (หลาน ลูกเขย)	6 (6)
ระดับการศึกษา	
อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้	2 (2)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	17 (17)
มัธยมศึกษา	17 (17)
ปวช. ปวส. วุฒิบัตร	17 (17)
ปริญญาขึ้นไป	47 (47)
รายได้ต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	8 (8)
น้อยกว่า 10,000 บาท	14 (14)
10,000-20,000 บาท	37 (37)
20,000-50,000 บาท	30 (30)
50,000-100,000 บาท	10 (10)
มากกว่า 100,000 บาท	1 (1)
บทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วย	
ช่วยดูแลสม่ำเสมอ	53 (53)
ช่วยดูแลเป็นบางครั้ง	33 (33)
แวะมาเยี่ยมผู้ป่วยนาน ๆ ครั้ง	8 (8)
เป็นผู้ดูแลหลัก	42 (42)
เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	47 (47)
เป็นผู้ตัดสินใจหลัก	42 (42)
ประสบการณ์การประชุมครอบครัว	
เคย	7 (7)
ไม่เคย	93 (93)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง	
เคย	17 (17)
ไม่เคย	83 (83)

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

	ญาติผู้ป่วย (% yes)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (% yes)	% agreement	K-coefficient	p-value
Setting					
Q1	96	96	98	0.7396	< 0.001
Q2	100	100	100	-	NA
Q3	100	100	100	-	NA
Perception					
Q4	96	95	99	0.8837	< 0.001
Invitation					
Q5	96	95	99	0.8837	< 0.001
Knowledge					
Q6	100	100	100	-	NA
Q7	100	100	100	-	NA
Q8	3	100	97	0	NA
Empathy					
Q9	3	0	97	0	NA
Q10	98	99	99	0.6622	< 0.001
Q11	96	100	96	0	NA
Q12	96	99	97	0.3902	< 0.001
Q13	96	99	97	0.3902	< 0.001
Strategy & summary					
Q14	97	98	99	0.7951	< 0.001
Q15	100	100	100	-	NA
Q16	97	98	99	0.7951	< 0.001
ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัว					
Q17 (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.87±0.49	4.91±0.32	96	0.6146	< 0.001

คำถามข้อ 4 (κ = 0.88, p < 0.001) และคำถามข้อ 5 (κ = 0.88, p < 0.001) พบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 99 ทั้งสองข้อ และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก

คำถามข้อ 1 (κ = 0.74, p < 0.001), 10 (κ = 0.66, p < 0.001), 14 (κ = 0.80, p < 0.001) และ 16 (κ = 0.80, p < 0.001) พบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 98, 99, 99 และ 99 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับดี

คำถามข้อ 12 (κ = 0.39, p < 0.001) และ 13 (κ = 0.39, p < 0.001) พบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยมีร้อยละความสอดคล้องร้อยละ 97 ทั้งสองข้อ และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง

ส่วนในด้านความพึงพอใจคำถามข้อที่ 17 ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของแพทย์คิดเป็น 4.91±0.32 คะแนน ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยคิดเป็น 4.87±0.49 คะแนน ความพึงพอใจต่อการ

ประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยและแพทย์มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 96 และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับดี (weighted $\kappa = 0.61$, $p < 0.001$)

วิจารณ์และอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากการประชุมครอบครัวที่จัดโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีร้อยละของความสอดคล้อง 96-100 และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3902-0.8837 โดยอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Toutin-Dias และคณะ[14] ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนในการแจ้งข่าวร้ายเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน พบว่ามีการรับรู้กระบวนการสื่อสารสอดคล้องกันค่อนข้างน้อยค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนอยู่ในช่วง -0.09-0.86 โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางอารมณ์ ความเป็นส่วนตัว และการสอบถามสิ่งที่ต้องการรู้ ซึ่งคาดว่าเกิดจากกลุ่มตัวอย่างคือแพทย์ที่ทำการประชุมครอบครัวและบริบทในการพูดคุยที่ต่างกัน โดยในวิจัยนี้ศึกษาในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการประชุมครอบครัวและทำในหอผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถนัดหมายและมีการเตรียมตัวทั้งแพทย์และญาติผู้ป่วย แต่ในการศึกษาของ Toutin-Dias และคณะ ทำในแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความเร่งด่วน ความเชี่ยวชาญ เวลาการพูดคุย และสถานที่ ทำให้ผลที่ได้มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยมีความตรงกันในเรื่องของประเด็นการพูดคุยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอารมณ์จะมีค่าความสอดคล้องที่ต่ำกว่าแบบอื่น เช่น การให้เวลาญาติในการจัดการอารมณ์และความรู้สึก การแสดงความเห็นอกเห็นใจผ่านทางท่าทางหรือคำพูด แพทย์คิดว่าตนเองเข้าใจความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ร้อยละ 100 แต่มีญาติผู้ป่วยเพียงร้อยละ 96 ที่คิดว่าแพทย์เข้าใจความรู้สึกของตน นอกจากนี้ยังมีความตรงกันในการพูดคุยด้านความรู้ (knowledge) ที่แพทย์สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุดและสอดคล้องกันมาก แสดงให้เห็นว่าแพทย์มักเชี่ยวชาญและถนัดในการพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรคมากกว่า ส่วนด้านอารมณ์และความรู้สึกนั้นสื่อสารได้ยากกว่า และจากการประเมินคะแนนความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของแพทย์คิดเป็น 4.91±0.32 คะแนน ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยคิดเป็น 4.87±0.49 คะแนน ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยและแพทย์มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ ประนอม โฉมกาย และคณะ[23] ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าการประชุมครอบครัวในผู้ป่วยระยะท้ายช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถยอมรับในการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการไม่ได้เข้าประชุม

ข้อเด่นและข้อจำกัด

จุดแข็งของวิจัย คือ การเก็บข้อมูลทำหลังการประชุมครอบครัวทันที ทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและตรงกับความเป็นจริง ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากความทรงจำ (recall bias) มีการให้บุคคลที่สามที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวเป็นผู้สังเกตการณ์ เป็นการลดความลำเอียงจากการตอบแบบสอบถามของแพทย์

ข้อจำกัด งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลที่วชิรพยาบาลเพียงแห่งเดียว ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลรายละเอียดของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำการประชุมครอบครัว จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การประชุมครอบครัวใช้หลัก SPIKES protocol ที่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ญาติสามารถรับรู้ได้สอดคล้องกับสิ่งที่แพทย์สื่อสาร และมีความพึงพอใจอย่างมากในการประชุมครอบครัว ซึ่งอาจนำไปขยายผล โดยให้ความรู้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้สามารถทำการประชุมครอบครัวโดยใช้

SPIKES protocol ได้ และในการประชุมครอบครัวควรให้ความสำคัญในการพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่สอดคล้องของกระบวนการสื่อสารในการประชุมครอบครัว เช่น ความยากในการประชุมครอบครัว ความต้องการของแพทย์กับญาติผู้ป่วยไม่ตรงกัน เป็นต้น รวมถึงศึกษาความสอดคล้องในการทำประชุมครอบครัวที่จัดทำโดยแพทย์แผนกอื่น

สรุป

การประชุมครอบครัว เป็นการจัดการพูดคุยกันระหว่างแพทย์ ทีมที่ดูแลรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับตัวโรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วยในอนาคต โดยมีการนำหลัก SPIKES protocol มาประยุกต์ใช้ในการสื่อสาร จากการศึกษาวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้สอดคล้องกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสาร โดยอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นการพูดคุยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอารมณ์ (empathy) จะมีค่าความสอดคล้องที่ต่ำกว่าแบบอื่น ส่วนด้าน (knowledge) แพทย์สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด จากการประเมินคะแนนความพึงพอใจ พบว่าญาติผู้ป่วยมี ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรนำหลัก SPIKES protocol มาใช้ในการประชุมครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช” (Navamindradhiraj University Research Fund)

เอกสารอ้างอิง

1. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative care: time for action. Oman Med J. 2016;31:161-3.
2. กิติพล นาควิโรจน์. Palliative care คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/palliative
3. บุษยมาส ชีวสกุลยง. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
4. Singer AE, Ash T, Ochotorena C, Lorenz KA, Chong K, Shreve ST, et al. A systematic review of family meeting tools in palliative and intensive care settings. Am J Hosp Palliat Care. 2016;33:797-806.
5. Hudson P, Thomas T, Quinn K, Aranda S. Family meetings in palliative care: are they effective? Palliat Med. 2009;23:150-7.
6. กิติพล นาควิโรจน์. การจัดประชุมครอบครัวระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative7th.
7. Hudson P, Quinn K, O’Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. BMC Palliat Care. 2008;7:12.
8. Joshi R. Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care. Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien. 2013;59:637-9.
9. Gueguen JA, Bylund CL, Brown RF, Levin TT, Kissane DW. Conducting family meetings in palliative care: themes, techniques, and preliminary evaluation of a communication skills module. Palliat Support Care. 2009;7:171-9.
10. Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients´ preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. Patient Educ Couns. 2020;S0738-3991(20)30110-5.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5:302-311.
12. Dumont I, Kissane D. Techniques for framing questions in conducting family meetings in palliative care. Palliat Support Care. 2009;7:163-70.
13. Sweeny K, Shepperd JA, Han PK. The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree? Health Expect. 2013;16:230-8.
14. Toutin-Dias G, Daglius-Dias R, Scalabrini-Neto A. Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members’ perceptions. Eur J Emerg Med. 2018;25:71-6.

15. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สามดีพริ้นติ้งอีควิปเม้นท์; 2559.
16. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th
17. มาลินี พิสุทธิโกศล. ระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมะเร็งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27:294-302.
18. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 127, ตอนที่ 65 ก (ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553).
19. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2561.
20. Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. Am J Med. 2000; 109:469-75.
21. Arifin WN. A Web-based sample size calculator for reliability studies. Education in Medicine Journal. 2018;10:67-76.
22. Shoukri MM, Asyali M, Donner A. Sample size requirements for the design of reliability study: review and new results. Stat Methods Med Res. 2004; 13:251-71.
23. ประนอม โฉมกาย, มารยาท สุจริตวรกุล, พรรณพัชร สกุลทรงเดช. ประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk/article/view/225889.